



**HOSPITAL DE LA MUJER
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

TESIS

**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE
PRIMIGESTA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER
AGUASCALIENTES**

PRESENTA

Miguel Angel Rodríguez Valencia

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

ASESORES

Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre

Dr. Francisco Javier Serna Vela

Aguascalientes, Ags., Febrero del 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ VALENCIA
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T E

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 DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE PRIMIGESTA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES”

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., 18 de Febrero de 2015.

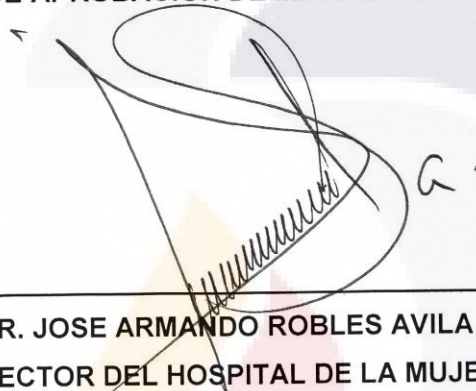
DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



**“COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE PRIMIGESTA EN
EL HOSPITAL DE LA MUJER”**

CARTA DE APROBACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



**DR. JOSE ARMANDO ROBLES AVILA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER**



**DR. DANIEL ELY BRAVO AGUIRRE
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE LA MUJER Y ASESOR CLÍNICO**



**DR. FRANCISCO JAVIER SERNA VELA
ASESOR METODOLÓGICO ISSEA**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

Aguascalientes, Ags, 18 de Febrero de 2015

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 del Embarazo en Adolescentes Primigestas en el Hospital de la Mujer”

Otorgando el dictamen de **“Aceptado”** número de registro: **2ISSEA-17/15**

Investigador (s) de proyecto: Dr. Miguel Ángel Rodríguez Valencia

Asesores:

Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre, Dr. Francisco Javier Serna Vela MCM.

Lugar de desarrollo de la Investigación:
Hospital de la Mujer Aguascalientes

Tipo de Investigación: **Tesis de Especialidad Médica**

Esperando que este proyecto de investigación redunde en beneficio a nuestra población, nos ponemos a sus órdenes.

ATENTAMENTE


Dr. Javier González Ortega, MCM
Secretario Técnico

C.c.p., Archivo.



AGRADECIMIENTOS

- Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre por su tiempo, dedicación, apoyo, y esfuerzo sin los cuales no hubiera sido posible concluir este trabajo. Así como por su ejemplo profesional y de amistad.
- Dr. Francisco Javier Serna Vela por su dedicación, tiempo, paciencia y esfuerzo para poder facilitar los requerimientos y ser la guía de esta investigación.
- A todos mis maestros quienes pusieron en mí la semilla del conocimiento y me enseñaron todo lo que sé y a quienes les debo todo lo que soy como especialista.
- A las pacientes, quienes a pesar de sus enfermedades nos brindan la confianza y ponen en nuestras manos sus vidas en pro de la enseñanza.

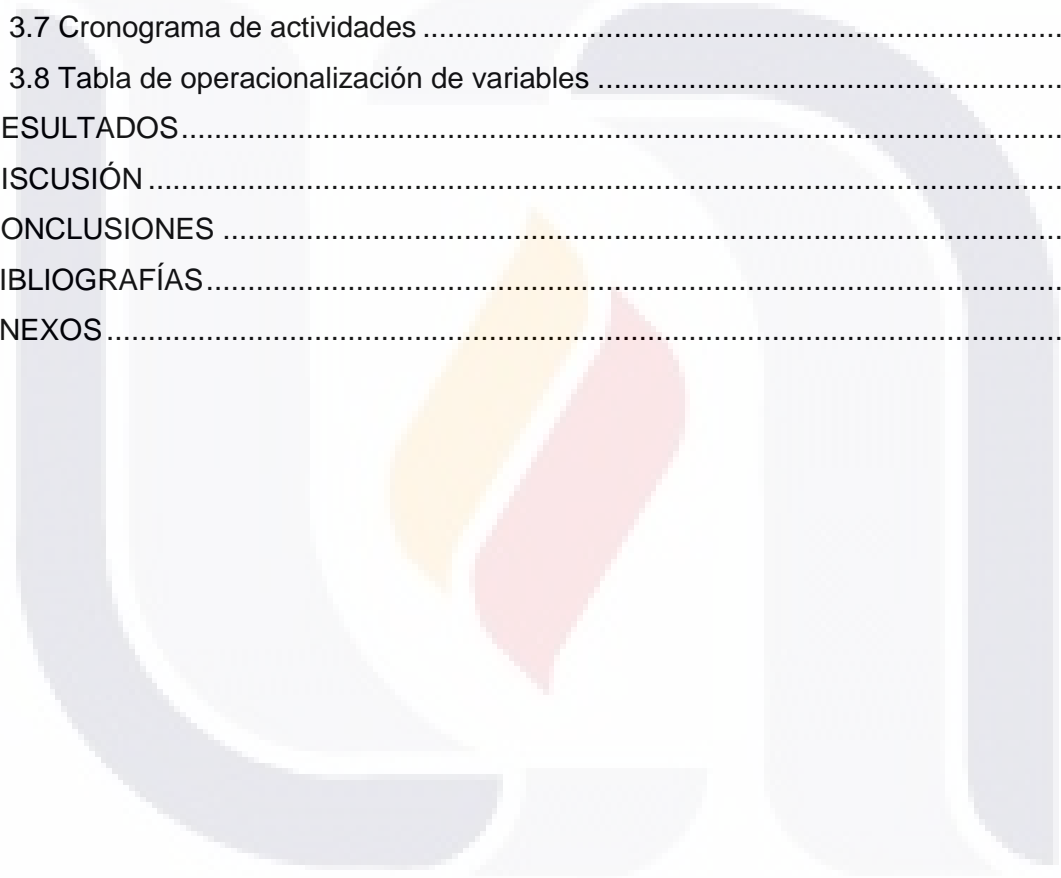
DEDICATORIAS

- A Dios, por permitirme concluir satisfactoriamente esta nueva meta en mi vida y guiarme por el camino de rectitud para poder continuar ayudando a mis semejantes.
- A mi padre, por su incondicional apoyo en todo momento y primordialmente por su ejemplo de vida, integridad, fortaleza, tenacidad, rectitud, honorabilidad, honestidad, y responsabilidad. Eres mi más grande orgullo.
- A mi esposa, por ser mi amiga y compañera en este duro camino; por brindarme la confianza y comprensión necesarias en esta profesión para poder superar todos los obstáculos que se presentaron.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 Marco Histórico.....	10
1.2 Marco Científico.....	10
1.3 Marco Normativo	19
1.4 Marco Conceptual.....	20
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	22
2.1 Justificación y planteamiento del problema.....	22
2.2 Naturaleza del problema.....	22
2.3 Factores del problema	23
2.4 Estadísticas	23
2.5 Propósito	24
2.6 Objetivos.....	24
2.6.1 Objetivo general	24
2.6.2 Objetivos específicos.....	24
2.7 Hipótesis.....	25
2.7.1 Hipótesis Alternativa	25
2.7.2 Hipótesis Nula	25
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
3.2 Selección de la Muestra.....	26
3.2.1 Tipo de Muestreo	26
3.2.2 Tamaño de la Muestra.....	26
3.3 Criterios de Selección	26
3.3.1 Criterios de Inclusión	26
3.3.2 Criterios de Exclusión.....	26
3.3.3 Criterios de Eliminación.....	27

3.4 Recolección de la Información	27
3.4.1 Instrumentos	27
3.4.2 Logística.....	27
3.4.3 Proceso de información.....	27
3.5 Análisis Estadístico	27
3.6 Recursos para el Estudio.....	28
3.6.1 Humanos.....	28
3.6.2 Materiales.....	28
3.7 Cronograma de actividades	28
3.8 Tabla de operacionalización de variables	29
RESULTADOS.....	50
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFÍAS.....	64
ANEXOS.....	67



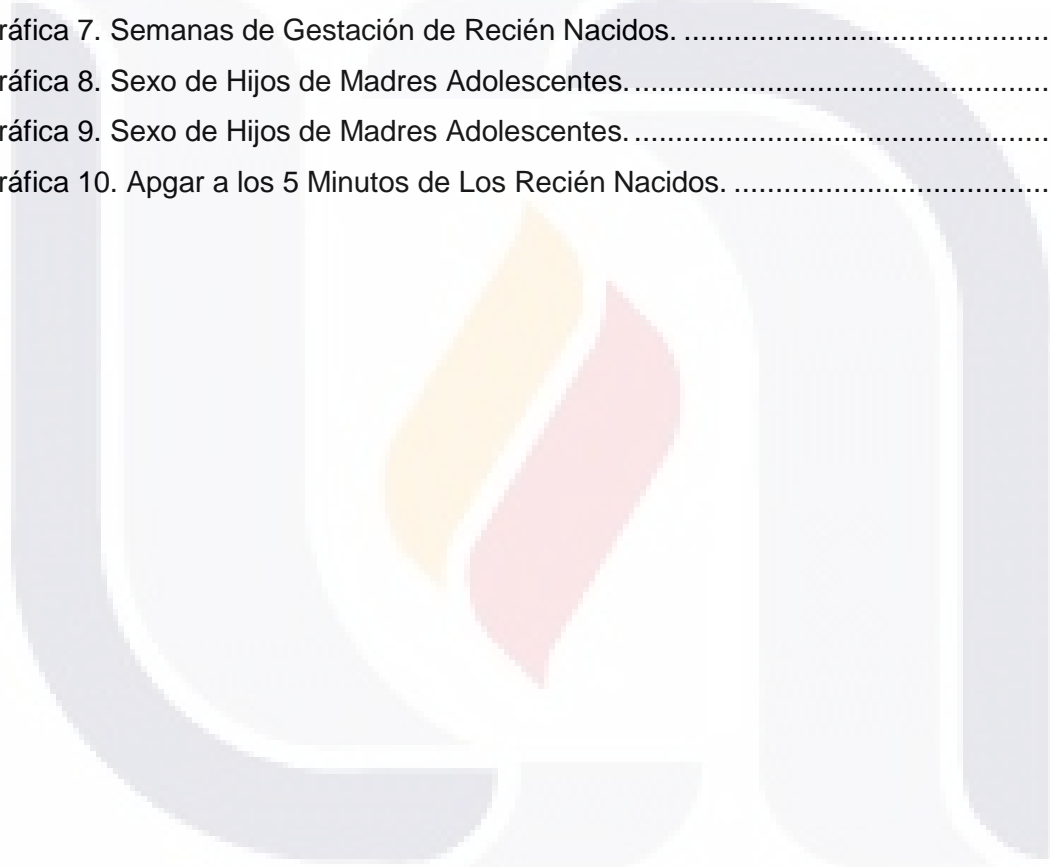
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de actividades.....	28
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	29



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Estado civil.....	50
Gráfica 2. Ocupación.....	51
Gráfica 3. Porcentaje de escolaridad.....	52
Gráfica 4. Partos.	53
Gráfica 5. Porcentaje de complicaciones.	54
Gráfica 6. Indicaciones de Cesárea.....	55
Gráfica 7. Semanas de Gestación de Recién Nacidos.	56
Gráfica 8. Sexo de Hijos de Madres Adolescentes.	57
Gráfica 9. Sexo de Hijos de Madres Adolescentes.	58
Gráfica 10. Apgar a los 5 Minutos de Los Recién Nacidos.	59



RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación como hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y hemorragia postparto. Además es más frecuente la práctica de la cesárea, el bajo peso al nacimiento y prematurez aumentando las complicaciones en el recién nacido.

Objetivo: Describir las complicaciones maternas entre las madres adolescentes primigestas en el Hospital de La Mujer Aguascalientes de Enero 2014 a Diciembre 2014.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en 104 pacientes embarazadas adolescentes en el Hospital de La Mujer, Aguascalientes en el período comprendido de Enero del 2014 a Diciembre 2014.

Se aplicó la cédula de recolección de información conformada por 23 reactivos, subdivida en 3 dimensiones: Datos sociodemográficos, complicaciones obstétricas y características perinatales. Se realizó estadística descriptiva usando para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión y para variables cualitativas frecuencias y porcentajes. Se realizó estadística inferencial utilizando para cruce de variables cualitativas la prueba de Chi cuadrada.

Resultados: La edad de las pacientes comprendió un rango mínimo de 14 años y máximo de 19 años, con una desviación estándar de 1.252. El estado civil más frecuente fue la unión libre con un 52.9%, el 89.4% se dedicaba al hogar, la mayoría (37.5%) tuvo como grado máximo la educación secundaria completa, el 76.9% tuvo un parto vaginal como vía de resolución del embarazo, la principal complicación presentada fue la resolución del embarazo por operación cesárea con un 25%, la principal indicación para realización de operación cesárea fue el período expulsivo prolongado con 7.7%.

En cuanto a las características perinatales la edad gestacional predominante fue en el rango de 39-41 semanas con un 57%, se obtuvo un 50% de varones y un 50% de mujeres, el peso de los productos fue del 46.2% en el rango de 3001-3500 gramos y la mayoría de los productos el 88.5% presentó un Apgar a los 5 minutos de 9.

Conclusión: La principal complicación obstétrica presentada por las madres adolescentes primigestas fue la resolución del embarazo por operación cesárea, seguida de ruptura prematura de membranas, lo que concuerda con la literatura científica.

Palabras clave: embarazo, adolescente, primigesta, preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de aborto, placenta previa, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, cesárea, hemorragia obstétrica.



ABSTRACT

Introduction: Teen pregnancy has been associated with an increased risk of complications during pregnancy such as hypertension, infections, premature rupture of membranes, preterm delivery, and postpartum hemorrhage. It is also more common practice of cesarean section, low birth weight and prematurity increasing complications in the newborn.

Objective: Describe maternal complications among primiparous adolescent mothers in Aguascalientes Woman's Hospital from January 2014 to December 2014.

Materials and methods: An observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study on 104 pregnant adolescents patients at the Hospital of Women, Aguascalientes for the period January 2014 to December 2014.

Sociodemographic, obstetric complications and perinatal characteristics: the certificate information collection consists of 23 items, subdivided into 3 dimensions was applied.

Descriptive statistics for variables was performed using quantitative measures of central tendency and dispersion for qualitative variables and frequencies and percentages. Inferential statistics were conducted using qualitative variables crossing the Chi square test.

Results: The age of the patients included a minimum range of 14 and maximum of 19 years with a standard deviation of 1.252. The most frequent marital status was cohabiting with 52.9%, 89.4% are dedicated to household, the majority (37.5%) had the highest degree completed secondary education, 76.9% had a vaginal delivery as a means of resolution of pregnancy The main complication was presented pregnancy resolution by cesarean section at 25%, the main indication for performing cesarean section was expulsive period extended 7.7%.

As for perinatal characteristics predominant gestational age was in the range of 39-41 weeks with 57%, 50% men and 50% women, the weight of the products was 46.2% in the range was obtained of 3001-3500 grams and most products 88.5% had Apgar scores at 5 minutes 9.

Conclusion: The major obstetric complications presented by teenage mothers were primiparous pregnancy resolution by cesarean section, followed by premature rupture of membranes, consistent with the literature.

Keywords: pregnancy, teen, first pregnancy, preeclampsia, gestational diabetes, threatened abortion, placenta previa, preterm labor, premature rupture of membranes, placenta abruptio normal-insert, caesarean section, obstetric hemorrhage.



INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación como hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y hemorragia postparto. Además es más frecuente la práctica de la cesárea, el bajo peso al nacimiento y prematuridad aumentando las complicaciones en el recién nacido.

El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o monoparentales, afectadas por el desempleo y que es un fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres de las adolescentes.

En relación a la vía del nacimiento, el mayor número de cesáreas no pudo sustentarse, reportando que en general las condiciones de los neonatos y la valoración de Apgar fueron buenas.

Se ha reportado el incremento en el riesgo de presentar un parto pretérmino o muerte perinatal en embarazos en menores de 17 años, sin embargo este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características económicas, ya que estos problemas se deben a la pobreza, nivel de escolaridad bajo, falta de recursos de atención para la salud y el rechazo de la sociedad.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe. Aunque la adecuada atención durante el embarazo puede minimizar en mucho los resultados desfavorables, esto no es así en el 100% de los casos.

Se planteó realizar esta investigación con el fin de determinar las complicaciones obstétricas que prevalecen en las madres adolescentes primigestas en el Hospital de La Mujer de Aguascalientes, así como las características perinatales de los productos.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Marco Histórico

En el área del conocimiento científico, en 1911 G. Stanley publicó los primeros estudios sistematizados sobre la adolescencia. En 1942, William Greulich estableció un método científico para evaluar el crecimiento y desarrollo adolescente. Subsecuentemente, James Tanner publicó la obra fundamental sobre el crecimiento del adolescente. Desde entonces la explosión de conocimientos acerca de la adolescencia continúa y se expresa en numerosos trabajos y publicaciones.

En el área clínica, después de la Segunda Guerra Mundial un gran número de profesionales comenzaron a interesarse por los problemas de salud del adolescente. Simultáneamente las mejores condiciones de vida, la disponibilidad de los antibióticos, la mejor nutrición de la población y las vacunas, al bajar la morbi-mortalidad producida por las enfermedades infecciosas, permitieron dirigir la atención del médico hacia los nuevos problemas que habían sido descuidados con anterioridad: los estilos de vida poco saludables, las conductas de riesgo, el embarazo de la adolescente, las enfermedades crónicas, los trastornos psicosomáticos, los problemas de aprendizaje y los traumatismos deportivos.⁽⁹⁾

1.2 Marco Científico

El embarazo durante la adolescencia altera la dinámica familiar porque, generalmente, no es planeado y tiene repercusiones importantes en la vida personal de la adolescente y en su entorno social. Se asocia con mayor riesgo materno y pobres resultados perinatales.

La OMS define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos

aspectos, un caso especial

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Embarazo en la adolescencia. Se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Por su parte la OMS considera como adolescentes a los jóvenes de 10 a 19 años. Por su parte, la Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, considera como adolescentes a las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.⁽¹⁾

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación como hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y hemorragia postparto. Además es más frecuente la práctica de la cesárea.

El embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas. Sin embargo, existen estudios que no han observado un incremento en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Las principales causas de morbilidad durante el embarazo en la adolescencia son las infecciosas, incrementándose el nacimiento pretérmino y la ruptura de membranas, así como es más frecuente la preeclampsia y anemia.

Se ha reportado el incremento en el riesgo de presentar un parto pretérmino o muerte perinatal en embarazos en menores de 17 años, sin embargo este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características económicas, ya que estos problemas se deben a la pobreza, nivel de escolaridad bajo, falta de recursos de atención para la salud y el rechazo de la sociedad.⁽²⁾

Las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe. Aunque la adecuada atención durante el embarazo puede minimizar en mucho los resultados desfavorables, esto no es así en el 100% de los casos.

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (de 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares.

En el desarrollo de la preeclampsia, entre otros cuadros clínicos, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. En cuanto a los factores que aumentan el riesgo, se han identificado la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al esperma. La preeclampsia no es sólo una hipertensión inducida por el embarazo, sino es secundaria a interacciones que provienen de una perfusión placentaria disminuida así como de la alteración en la función endotelial. Parte de la respuesta a la disminución de la perfusión placentaria puede ser por adaptación del feto a la menor cantidad de nutrientes recibidos. Wallemburg describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por un inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar:

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de la placenta

Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Este síndrome tiene dos modalidades: precoz y tardía MA I y MA II respectivamente, en el primer caso, el fracaso reproductivo se debe a una impreparación anatómica o funcional de la circulación uterina, mientras que el segundo se produce por mala respuesta circulatoria materna a la anidación. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. Por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años.

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. Molina ratifica una vez más que los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz. En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y el desarrollo incompleto de la pelvis, la estrechez del “canal blando”, favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. Cabe destacar la edad materna como factores de riesgo significativo para hemorragias obstétricas masivas. Cuando las intervenciones quirúrgicas son requeridas. Además, se han reportado como factores de riesgo relacionados con el parto vaginal asistido con fórceps; la talla materna menor de 150 cm y la presentación pelviana. La malposición fetal, especialmente la occipito posterior y la transversa (OP/OT) están asociadas con una alta morbilidad intraparto, sin embargo es

la obesidad y no la corta edad de las madres ni la inmadurez pélvica la que se asocia con malposición. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. El bajo peso materno es un hallazgo frecuente entre las gestantes adolescentes. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales específicas que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo. Cuando analizamos la incidencia de asfixia perinatal entre las adolescentes y el grupo control, no encontramos diferencias estadísticas, pero al considerar en el grupo de estudio sólo a las madres menores de 17 años, hallamos una alta incidencia de asfixia perinatal moderada y severa entre éstas. La depresión perinatal se reporta, en la mayoría de los estudios, como una de las complicaciones más frecuentes del parto en edades tempranas, pero su incidencia, al igual que la de otras complicaciones, se relaciona con los cuidados ante e intraparto. Se reporta mayor incidencia de malformaciones entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

La leucorrea y las vulvovaginitis están entre las afecciones más frecuentes en las adolescentes y fue el principal motivo en consultas de Ginecología. Es una realidad mundial la mayor frecuencia de infecciones genitales, entre las adolescentes. El diagnóstico de endometritis entre las menores de 20 años, puede estar relacionado con el elevado diagnóstico de infección vaginal, pero también con la mayor frecuencia de desgarros genitales, anemia, y desnutrición, factores todos que crean un terreno propicio para las infecciones en la paciente obstétrica. También en este aspecto los hallazgos son contradictorios y existen otros trabajos en donde no se reportan complicaciones puerperales entre las adolescentes, 20 o no se encuentran diferencias al compararlas con puérperas adultas. Las variables sociales que determinan el nivel de riesgo del embarazo en adolescentes son: el número de control prenatal, tiempo en que inicio el control prenatal, dependencia económica, uso de métodos anticonceptivos. Adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, parto

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

premature, recién nacido pequeño para la edad de gestación, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfisia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, prematuridad, muerte neonatal y muerte perinatal. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.

Con respecto a las infecciones urinarias, hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.⁽³⁾

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. Aunque el embarazo en las adolescentes tiende a disminuir con el tiempo, sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial. La reproducción del mismo esquema de una generación a otra plantea el problema de la prevención, muy lejos de ser perfecta. Se trata de un verdadero problema de salud pública que no será fácil de resolver. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, aumento del 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 de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido.

Se reportaron que más del 8.1 por ciento de las adolescentes de 12 a 15 años tuvieron dos o menos visitas a control prenatal, menos que porcentaje de las embarazadas de 16 a 19 años y de las adultas. Además, en este grupo de adolescentes son más bajos del promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y el Apgar y mayor frecuencia de cesárea. Otterblad y su grupo reporta que las adolescentes menores de 17 años de edad

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tienen mayor riesgo de parto pre término, muerte fetal tardía y mortalidad perinatal, pero este riesgo se reduce a controlar los efectos de las características socioeconómicas. Básicamente, este efecto se debe a la pobreza económica, al bajo nivel de escolaridad, a la falta de recursos de atención de salud y al rechazo que la sociedad le brinda a esta población.

Fernández Paredes y colaboradores refiere que 43% de las pacientes puérperas adolescentes de su estudio eran solteras y 47% vivían en unión libre, lo que condiciona familias inestables o desintegradas hasta el 90% de los casos, dato que supera 75% de madres solteras o divorciadas otros reportes. La Educación básica era de 60%; llama la atención que 50% de las adolescentes ya habían abandonado la escuela antes del embarazo. Furzan y sus coautores encontraron que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial, asociado con mayores riesgos para la salud de la madre y con un peor pronóstico para el niño, a corto y largo plazo. Las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, desnutrición fetal Y retardo en el desarrollo cognoscitivo; además, es mayor la mortalidad infantil. A pesar de ello, se desconoce si el riesgo se debe, primariamente, ale inmadurez biológica del adolescente o a las condiciones sociales precarias.⁽⁴⁾

La mortalidad materna de las adolescentes está relacionada con la mortalidad materna general. La baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas explican la mortalidad materna. Cuando las adolescentes reciben los servicios apropiados su mortalidad materna no es mayor. En los países en los cuales la mortalidad materna es alta, la mortalidad para este grupo etéreo es mayor, en cambio, cuando la mortalidad materna es baja, la mortalidad de las adolescentes es menor que la total. No existen razones biológicas que justifiquen el mayor riesgo de morir que tiene este grupo etéreo respecto a los demás. Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos.

Solo se dispone de algunos datos de ciertas ciudades latinoamericanas.

El 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años en Bahía, Brazil, declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales, cifra que alcanzó a un 13% en la Ciudad de México y a un 22,2% en Guatemala. La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción adecuada. Entre los motivos mencionados por los adolescentes figuran: la convicción de que "eso a mí no va a pasarme"; lo inesperado del momento del coito; ignorancia de los métodos de anticoncepción; temor a ser criticados si usan un método anticonceptivo, o que los padres se enteraran de su intento. La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio del coito (20% el primer mes).⁽⁹⁾

Los estudios sobre complicaciones en los embarazos de adolescentes han arrojado resultados contradictorios, y las opiniones de diferentes autores varían en este sentido. algunos han opinado que la edad por sí misma no es un factor de riesgo, y los malos resultados se asocian más con factores socioeconómicos más que con factores biológicos. otros investigadores no han podido encontrar ninguna evidencia de importantes deficiencias de resultados del embarazo entre las madres adolescentes con el suministro de la atención materna de alta calidad con una cobertura completa.⁽⁷⁾

La salud de las adolescentes entre 10 y 19 años de edad es un componente clave para el avance social, económico y político de los países y regiones de América. Se debe considerar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes como prioridad, mediante una sólida participación de los actores comprometidos con la salud y la educación. Un ejemplo de ello, es que el nivel educativo de las niñas tiene un efecto visible en la reducción de la tasa de fecundidad.

El embarazo durante la adolescencia se considera a nivel mundial un problema de salud pública, por el incremento de la morbilidad y muerte materna y neonatal. Se puede considerar que algunos determinantes como la estructura familiar, las condiciones socioeconómicas, el contexto, el bajo nivel educativo y la presión social, podrían influir en las jóvenes para iniciar tempranamente su práctica sexual, el riesgo a quedar embarazada o por el contrario, el decidir por el aborto.⁽⁸⁾

1.3 Marco Normativo

Se debe señalar que dentro de las leyes en México que se refieren al embarazo en adolescentes no hay disposiciones concretas en la materia, pues aún y cuando la planificación familiar se considera de carácter prioritario y se prevé que en sus actividades se incluya información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, en la mayoría de los casos se encuentran diversas disposiciones que serán aplicadas en general para el grueso de la población.

En Aguascalientes el embarazo en adolescentes está contemplado dentro de la ley general de salud del Estado de Aguascalientes:

ARTÍCULO 75.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información sobre la paternidad responsable, a través de métodos de control natal artificiales y naturales, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización, implanten métodos anticonceptivos, o propicien el aborto sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

ARTÍCULO 76.- Los servicios de planificación familiar comprenden:

I.- La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población; II. ... a VI. ...

ARTÍCULO 77.- Los Comités y subcomités de Salud a que se refiere el Artículo 66 de esta Ley, promoverán que en sus poblaciones y localidades se impartan pláticas de orientación en materia de planificación familiar y educación sexual, que estén de acuerdo a la dignidad humana y a los valores familiares de nuestra sociedad, sin menoscabo del ejercicio de la paternidad responsable. Las instituciones de Salud y educativas brindarán, al efecto, el apoyo necesario.⁽⁶⁾

1.4 Marco Conceptual

- Embarazo: Estado de la mujer desde la concepción hasta el parto.⁽¹⁰⁾
- Adolescente: La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.⁽²¹⁾
- Primigesta: Dícese de la mujer en su primera gestación.⁽¹⁰⁾
- Preeclampsia: Síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.⁽¹³⁾
- Diabetes Gestacional: La diabetes mellitus gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad, que se conoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después de este.⁽¹⁴⁾
- Amenaza de aborto: La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 20 semanas o menos de gestación, con ausencia de modificaciones cervicales.⁽¹⁵⁾
- Placenta Previa: La placenta previa es la complicación obstétrica consistente en implantación anormal placentaria, la cual ocurre a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.⁽¹⁶⁾

- Amenaza de Parto Pretérmino: Se define como la presencia de contracciones uterinas y/o modificaciones cervicales en un embarazo desde la semana 20.1 hasta la semana 36.6.⁽¹⁷⁾
- Ruptura Prematura de Membranas: Es definida como la solución de continuidad ó pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Cuando esta se presenta antes de la semana 37, se denomina pretérmino.⁽¹⁸⁾
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta: Es la separación prematura de la placenta (antes del nacimiento) implantada normalmente, este desprendimiento puede ser central o lateral, por lo que puede o no, dar sangrado transvaginal.⁽¹⁹⁾
- Cesárea: Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero.⁽²⁰⁾
- Hemorragia Obstétrica: Es definida por la OMS como la pérdida sanguínea de 500ml o más dentro de las 24hrs o más después del nacimiento vía vaginal, y la pérdida de 1000ml o más después del nacimiento vía abdominal.⁽²²⁾

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.

2.1 Justificación y planteamiento del problema

Hospital y población de estudio

El Hospital de Mujer de Aguascalientes es un hospital de Segundo Nivel de atención, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, que cuenta los servicios de Obstetricia, Ginecología con 34 camas sensables, Embarazo de Alto Riesgo con 12 camas, Terapia Obstétrica con 4 camas, Oncoginecología, Climaterio y menopausia, Anestesiología, Medicina Interna, Radiología e Imagenología, Consulta Externa con 9 consultorios, Neonatología, Banco de leche y tamiz auditivo. 4 Quirófanos y 2 mesas de expulsión. No existe un servicio dedicado para la atención de la adolescente embarazada por lo que es atendida haciendo uso de los consultorios y camas del servicio de ginecología y obstetricia. Se atiende una población en su mayoría de bajos recursos proveniente de los estados de Aguascalientes, Zacatecas y Jalisco.

2.2 Naturaleza del problema

Las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe.

La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años.⁽³⁾

Esto no debería de ser así ya que se ha demostrado que el buen control prenatal y adecuada atención obstétrica, equiparan la incidencia de complicaciones de madres adolescentes con adultas.

2.3 Factores del problema

Las causas de este problema son multifactoriales, por una parte en el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, no existen programas de salud orientados a planificación familiar, ni a orientación de la población adolescente para evitar embarazos.

Por parte del material humano, no existe una buena capacitación del personal de salud respecto al uso y fomento de métodos anticonceptivos para reducir el número de embarazos en adolescentes y por consiguiente sus complicaciones.

Por parte de las pacientes, no existe el conocimiento de llevar a cabo una vida sexual responsable ni conocen la importancia de la planificación, y de no haberse podido evitar el embarazo; la importancia de acudir a sus consultas de control prenatal.

El gobierno también tiene responsabilidad en este problema, ya que no hay políticas de educación sexual a población abierta y a estudiantes de primaria, secundaria y preparatoria, así como difusión y promoción de métodos anticonceptivos.

2.4 Estadísticas

De acuerdo con la OMS anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo. Con relación a América Latina por cada mil nacimientos 74 provienen de mujeres adolescentes. En México existen 1,393,629 mujeres adolescentes de acuerdo al censo 2012. Del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo. México tiene la tasa de natalidad más alta (64,2 cada 1.000 nacimientos) en adolescentes entre 15 y 19 años de edad dentro de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.⁽¹⁾

En el Hospital de La Mujer de Aguascalientes del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, en el último año se atendieron un promedio de 11000 nacimientos, de los cuales 2700 corresponden a madres adolescentes.

En México ocurren 49 muertes maternas por cada 10000 nacido vivos de las cuales 5 son adolescentes cada año por complicaciones obstétricas, de la misma forma en el mundo hay 70000 muertes de madres adolescentes.⁽⁵⁾

2.5 Propósito

Al término de esta investigación se podrán dar a conocer tanto al Instituto de salud del Estado de Aguascalientes, al personal de salud y a las mismas autoridades del Hospital de la Mujer de Aguascalientes, la cantidad y tipo de complicaciones que ocurren en pacientes adolescentes para hacerse conscientes de la importancia de la implementación de políticas tanto públicas e interinstitucionales de planificación, prevención y educación para la reducción de embarazos en adolescentes y así evitar complicaciones de éstos.

Por lo tanto, considero que este grupo de edad merece toda la atención, por lo cual se planteó:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas mas frecuentes en pacientes adolescentes primigestas en el Hospital de La Mujer de Aguascalientes?

2.6 Objetivos

2.6.1 Objetivo general

Describir las complicaciones maternas entre las madres adolescentes primigestas en el Hospital de La Mujer Aguascalientes de Enero 2014 a Diciembre 2014.

2.6.2 Objetivos específicos

- 1.- Identificar las variables sociodemográficas de las madres adolescentes primigestas.
- 2.- Determinar el tipo y frecuencia de complicaciones en el grupo de madres adolescentes primigestas.

3. Determinar las características perinatales de los hijos de madres adolescentes primigestas.

4. Conocer el tipo y frecuencia de las indicaciones de operación cesárea.

2.7 Hipótesis

2.7.1 Hipótesis Alternativa

Las principales complicaciones en embarazadas adolescentes primigestas en el Hospital de la Mujer Aguascalientes son hemorragia obstétrica y operación cesárea.

2.7.2 Hipótesis Nula

Las principales complicaciones en embarazadas adolescentes primigestas en el Hospital de la Mujer Aguascalientes no son hemorragia obstétrica y operación cesárea.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en pacientes embarazadas adolescentes en el Hospital de La Mujer, Aguascalientes en el período comprendido de Enero del 2014 a Diciembre 2014.

3.2 Selección de la Muestra

3.2.1 Tipo de Muestreo

Probabilístico

3.2.2 Tamaño de la Muestra

Se tomaron 104 expedientes de pacientes embarazadas adolescentes primigestas que presentaron complicaciones obstétricas en el período de Enero del 2014 a Diciembre del 2014 lo cual representa un nivel de confianza del 99%. Y un grado de error del 5%.

3.3 Criterios de Selección

3.3.1 Criterios de Inclusión

pacientes embarazadas adolescentes las cuales presentaron recibieron obstétrica en el período comprendido de Enero del 2014 a Diciembre del 2014 en el Hospital de La Mujer Aguascalientes.

3.3.2 Criterios de Exclusión

Pacientes embarazadas adolescentes en quienes no se tenga confirmado el diagnóstico.

3.3.3 Criterios de Eliminación

Pacientes embarazadas adolescentes que presentaron alguna complicación y su expediente se encuentra incompleto en datos que impidan realizar la investigación.

3.4 Recolección de la Información

3.4.1 Instrumentos

Cédula de captura de información.

3.4.2 Logística

Previa autorización del personal de archivo clínico del Hospital de La Mujer Aguascalientes, se tomaron los expedientes correspondientes a pacientes embarazadas adolescentes, las cuales presentaron complicaciones obstétricas durante el periodo comprendido de enero 2014 a diciembre 2014. Se capturaron en una base de datos las complicaciones presentadas en pacientes primigestas y multíparas.

3.4.3 Proceso de información

Se captura la información el Programa Microsoft Office Excel para Mac 2011 para su posterior análisis en el programa SPSS versión 20.0.

3.5 Análisis Estadístico

Se realizó estadística descriptiva usando para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión y para variables cualitativas frecuencias y porcentajes. Se realizó estadística inferencial utilizando para cruce de variables cualitativas la prueba de Chi cuadrada.

3.6 Recursos para el Estudio

3.6.1 Humanos

Responsable: Dr. Miguel Angel Rodríguez Valencia residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de La Mujer Aguascalientes.

Asesores: Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre Jefe del Departamento de Enseñanza del Hospital de La Mujer Aguascalientes

Dr. Francisco Serna Vela

3.6.2 Materiales

Expedientes obtenidos en el archivo clínico del Hospital de La Mujer Aguascalientes, computadora persona Macbook Air.

3.7 Cronograma de actividades

Tabla 1. Cronograma de actividades

Actividad	2014												2015	
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Elección del Tema	■													
Autorización del Tema		■												
Revisión de Literatura			■	■	■	■								
Aprobación de Protocolo							■							
Elaboración del Protocolo							■	■						
Recabar Información									■	■	■	■	■	
Análisis de la Información													■	
Entrega de Tesis														■

3.8 Tabla de operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Item
Edad	Tiempo de nacido. Cada uno de los cuatro períodos en que considera dividida la vida humana: infancia, adolescencia o juventud, edad adulta, viril o madura y vejez. ⁽¹⁰⁾	Cuantitativa (continua)	Años	¿Qué edad tiene la paciente?

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición (unidades)	Pregunta
Estado Civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. ⁽¹¹⁾	Cualitativa Ordinal	Casado, soltero, divorciado, viudo, unión libre	Seleccione el estado civil q corresponda : Cuestionario

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ⁽¹²⁾	Cualitativa ordinal	Primaria, Secundaria, Preparatoria, Carrera Técnica, Licenciatura	Años de Escolaridad

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Preeclampsia	<p>Síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial 140/90</p>	Cualitativa (nominal)	Paciente que presenta preeclampsia o no la presenta	Presencia o ausencia de preeclampsia

	mmHg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio. ⁽¹³⁾			
--	--	--	--	--

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
<p>Diabetes Gestacional</p>	<p>La diabetes mellitus gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad, que se conoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después de este.⁽¹⁴⁾</p>	<p>Cualitativa (nominal)</p>	<p>Presentó o no presentó diabetes gestacional la paciente</p>	<p>Presencia o ausencia de diabetes gestacional</p>

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Amenaza de Aborto	La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 20 semanas o menos de gestación, con ausencia de modificaciones cervicales. ⁽¹⁵⁾	Cualitativa (nominal)	Presentó o no presentó amenaza de aborto la paciente	Presencia o ausencia de amenaza de aborto

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Placenta Previa	<p>La placenta previa es la complicación obstétrica consistente en implantación anormal placentaria, la cual ocurre a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.⁽¹⁶⁾</p>	Cualitativa (nominal)	Presentó placenta previa la paciente o no presentó placenta previa	Presencia o ausencia de placenta previa

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Amenaza de Parto Pretérmino	Amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones uterinas y/o modificaciones cervicales en un embarazo desde la semana 20.1 hasta la semana 36.6. ⁽¹⁷⁾	Cualitativa (nominal)	Tubo la paciente amenaza de parto pretérmino o no.	Presencia o ausencia de amenaza de parto pretérmino

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
<p>Ruptura Prematura de Membranas</p>	<p>La ruptura prematura de membranas es definida como la solución de continuidad ó pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Cuando esta se presenta antes de la semana 37, se denomina pretérmino.⁽¹⁸⁾</p>	<p>Cualitativa (nominal)</p>	<p>Presentó la paciente ruptura prematura de membranas o no presentó ruptura prematura de membranas</p>	<p>Presencia o ausencia de ruptura prematura de membranas</p>

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta	Es la separación prematura de la placenta (antes del nacimiento) implantada normalmente, este desprendimiento puede ser central o lateral, por lo que puede o no, dar sangrado transvaginal. ⁽¹⁹⁾	Cualitativa (nominal)	Presentó desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o no presentó desprendimiento o la paciente	Presencia o ausencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Cesárea	Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de unas incisión en el abdomen y en el útero. ⁽²⁰⁾	Cualitativa (nominal)	Se le realizó cesárea o no a la paciente	Se realiza o no se realiza

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Hemorragia Obstétrica	Es definida por la OMS como la pérdida sanguínea de 500ml o más dentro de las 24hrs o más después del nacimiento vía vaginal, y la pérdida de 1000ml o más después del nacimiento vía abdominal. ⁽²²⁾	Cualitativa (nominal)	Presentó o no hemorragia obstétrica la paciente	Presencia o ausencia de hemorragia obstétrica

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Fórceps	Instrumento en forma de pinza destinado a tomar la cabeza fetal y hacerla evolucionar en el interior de la pelvis para favorecer su salida. ⁽¹⁰⁾	Cualitativa (nominal)	Se aplicó fórceps a la paciente o no e aplicó fórceps	Uso de fórceps o no

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Apgar	Examen clínico, empleado en gineco-obstetricia al momento de nacimiento, donde el médico pediatra obtiene una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos y anatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardiaca, reflejos, tono	Cuantitativa (discontinua)	0 a 9	Color de la piel, frecuencia cardiaca, reflejos, tono muscular y respiración

	<p>muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado de la prueba. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de</p>			
--	--	--	--	--

	<p>adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.⁽²³⁾</p>			
--	---	--	--	--

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
<p>Edad Gestacional</p>	<p>Duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable, sin uso de metodología anticonceptiva tres meses previos a la concepción y expresada en semanas y días.⁽²³⁾</p>	<p>Cuantitativa (continua)</p>	<p>1-42 semanas</p>	<p>Semanas y días</p>

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Peso	Fuerza de gravitación ejercida sobre una materia. ⁽¹⁰⁾	Cuantitativa (continua)	Gramos que presenta producto al nacimiento	Gramos

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Sexo	<p>Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, en los animales y en las plantas, dicese también de la distinción fundamental en animales y plantas basada en el tipo de gametos producidos por el individuo.⁽¹⁰⁾</p>	Cualitativa (nominal)	Masculino Femenino	Masculino Femenino

Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio. ⁽¹²⁾	Cualitativa (nominal)	Tipo de trabajo que refiere el paciente	Ama de casa, estudiante, obrero, desempleado

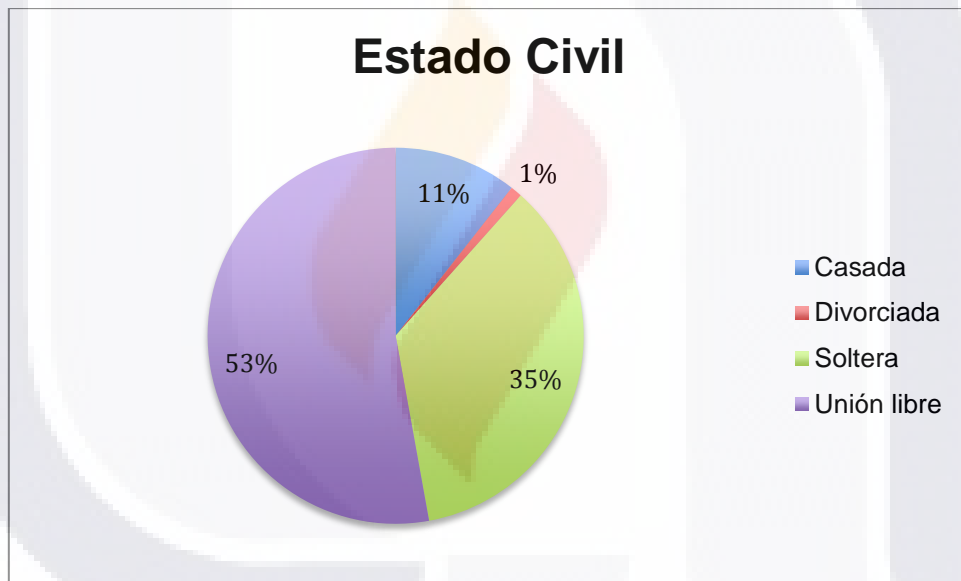
Variable	Definición	Tipo y Característica de la Variable	Escala de Medición	Unidades
Parto	<p>Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos: Dilatación (primer periodo), Expulsión (segundo periodo), Alumbramiento o tercer período.⁽²³⁾</p>	Cualitativa (nominal)	Presentó parto o no presentó parto	Presencia o ausencia de parto

RESULTADOS

El tamaño de la muestra corresponde a 104 pacientes estudiadas con un rango de edad máximo de 19 años y mínimo de 14 años y una desviación estándar de 1.252, su información fue recabada de sus correspondientes expedientes clínicos obtenidos del archivo del Hospital de La Mujer Aguascalientes.

Los datos de estado civil se describen a continuación:

Se encontró que cerca del 90% de las pacientes se encuentra fuera del matrimonio. (Gráfico 1).

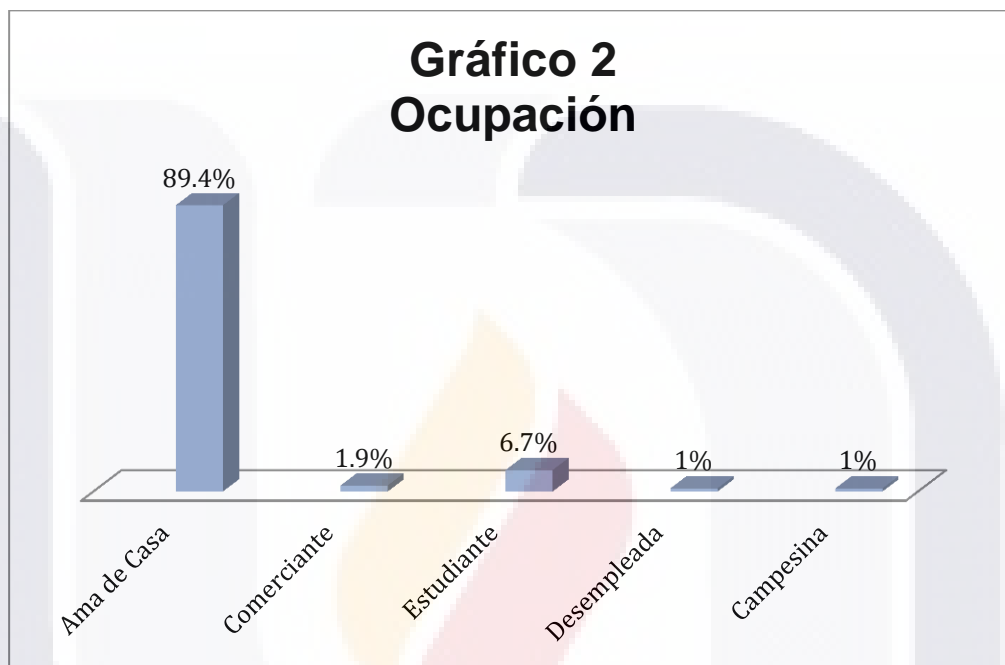


Gráfica 1. Estado civil.

Fuente: Cédula de recolección de información

Los Datos de Ocupación se describen a continuación:

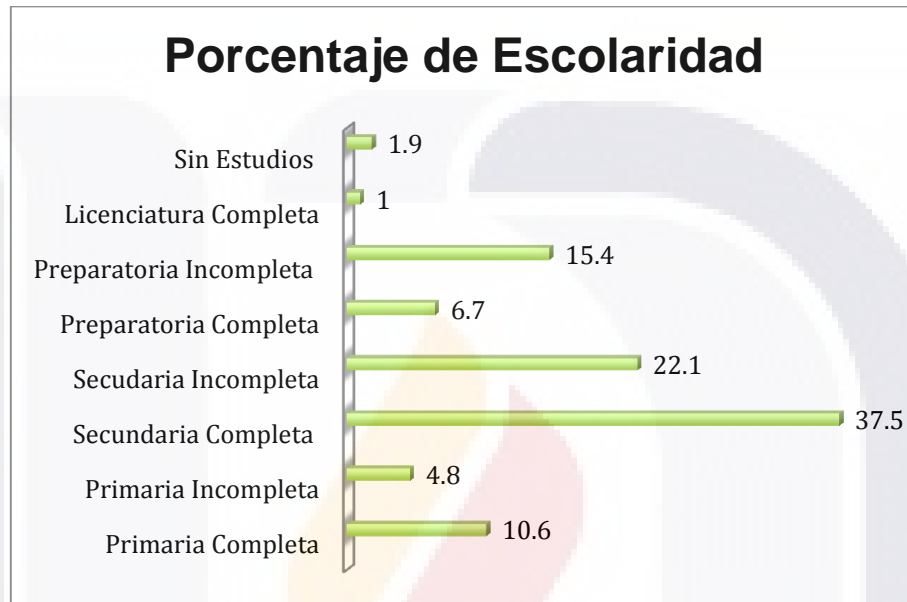
Se encontró que tan sólo el 3% del total de pacientes corresponden a población económicamente activa. (Gráfico 2).



Gráfica 2. Ocupación.
Fuente: Cédula de recolección de información

Los Datos de Escolaridad se describen a continuación:

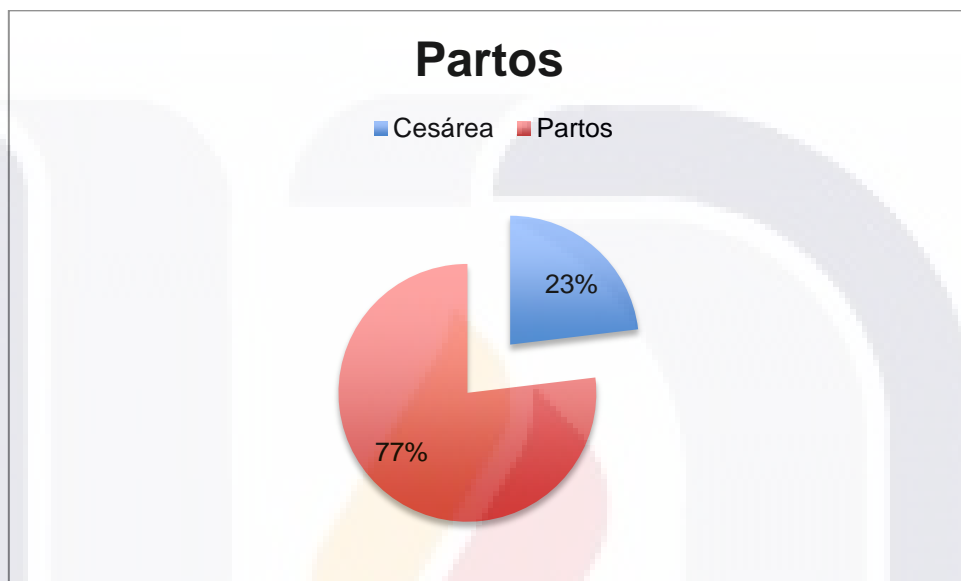
Se encontró que aún en nuestros días todavía existe un 2% de analfabetismo en adolescentes y que la gran mayoría tan sólo llegaron a completar la secundaria como máximo nivel educativo. (Gráfico 3)



Gráfica 3. Porcentaje de escolaridad.
Fuente: Cédula de recolección de información

Los datos de Partos se describen a continuación:

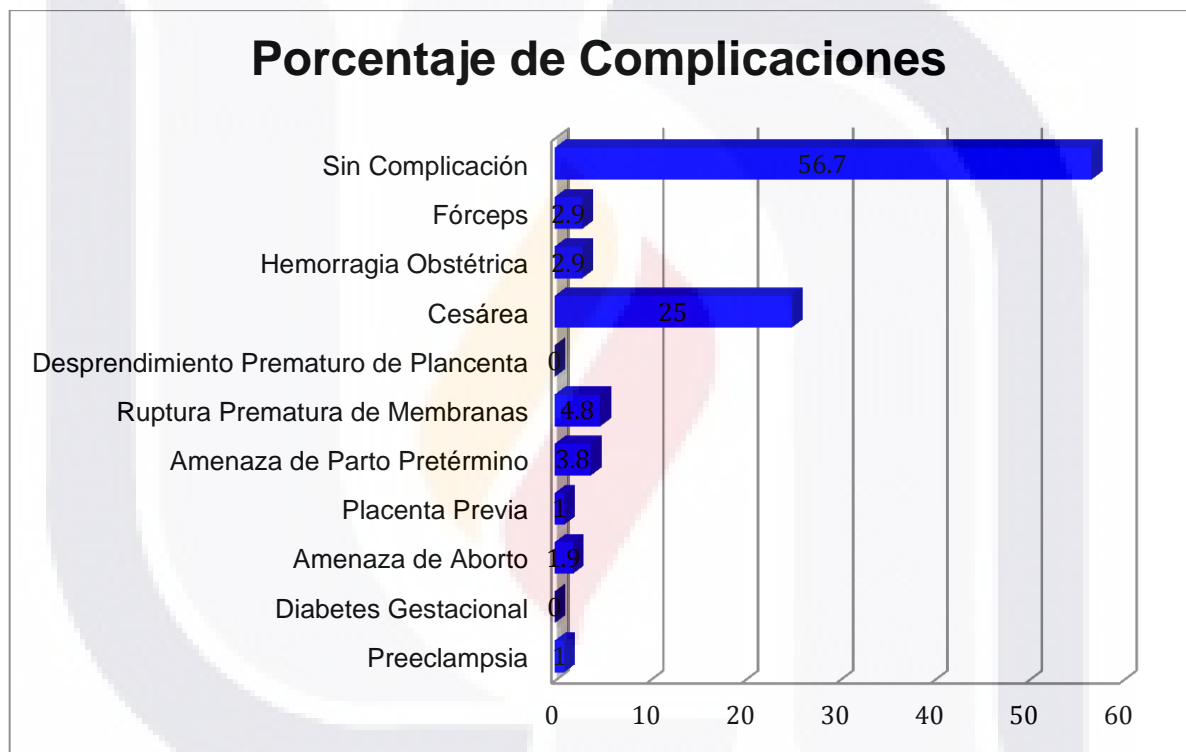
Se encontró que más de tres cuartas partes de los nacimientos de hijos de madres adolescentes, tuvieron como vía de nacimiento el parto vaginal.



Gráfica 4. Partos.
Fuente: Cédula de recolección de información

Los datos de las complicaciones presentadas se describen a continuación:

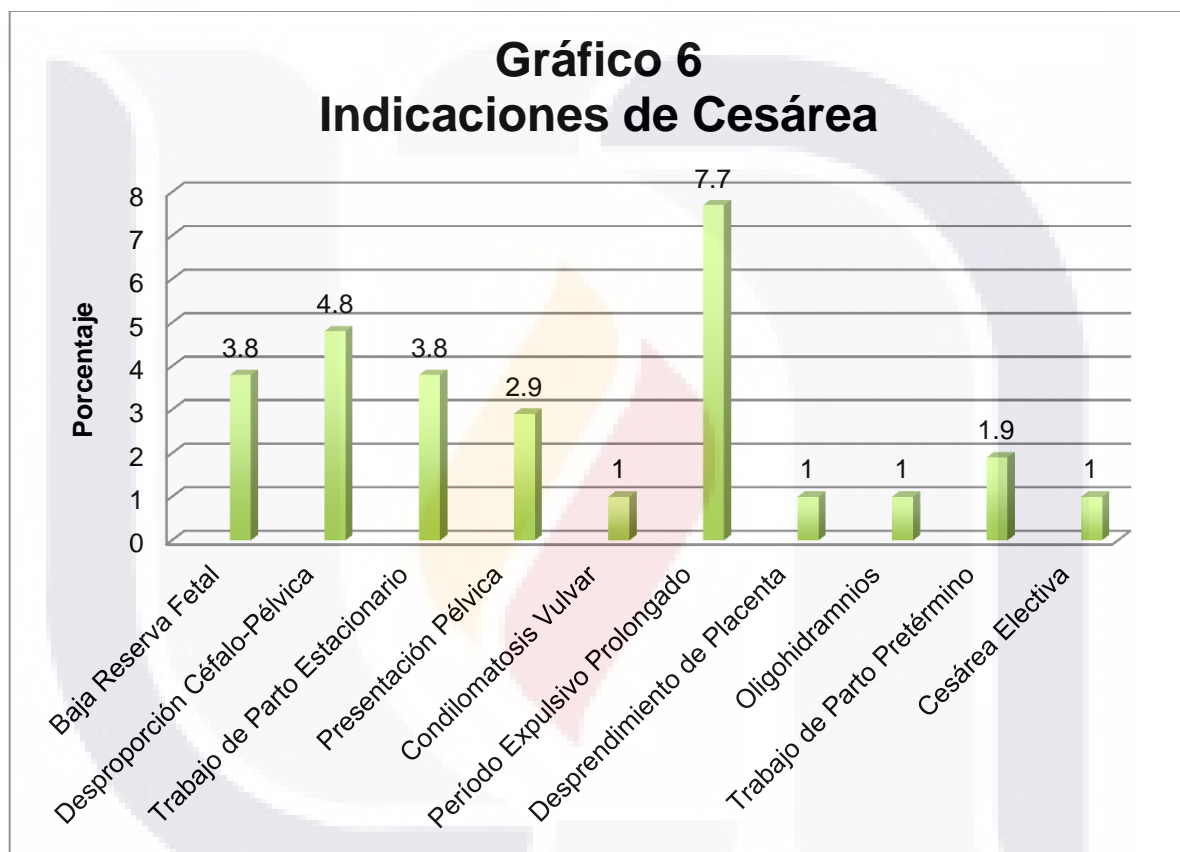
Se encontró que más de la mitad de pacientes adolescentes no presentó ninguna complicación obstétrica, sin embargo el índice de cesáreas es elevado correspondiendo a una cuarta parte de la muestra (25%). De igual forma es importante señalar que las complicaciones más graves, las cuales son Desprendimiento Prematuro de Placenta y Hemorragia Obstétrica se encuentran en un porcentaje reducido menor al 3%.



Gráfica 5. Porcentaje de complicaciones.
Fuente: Cédula de recolección de información

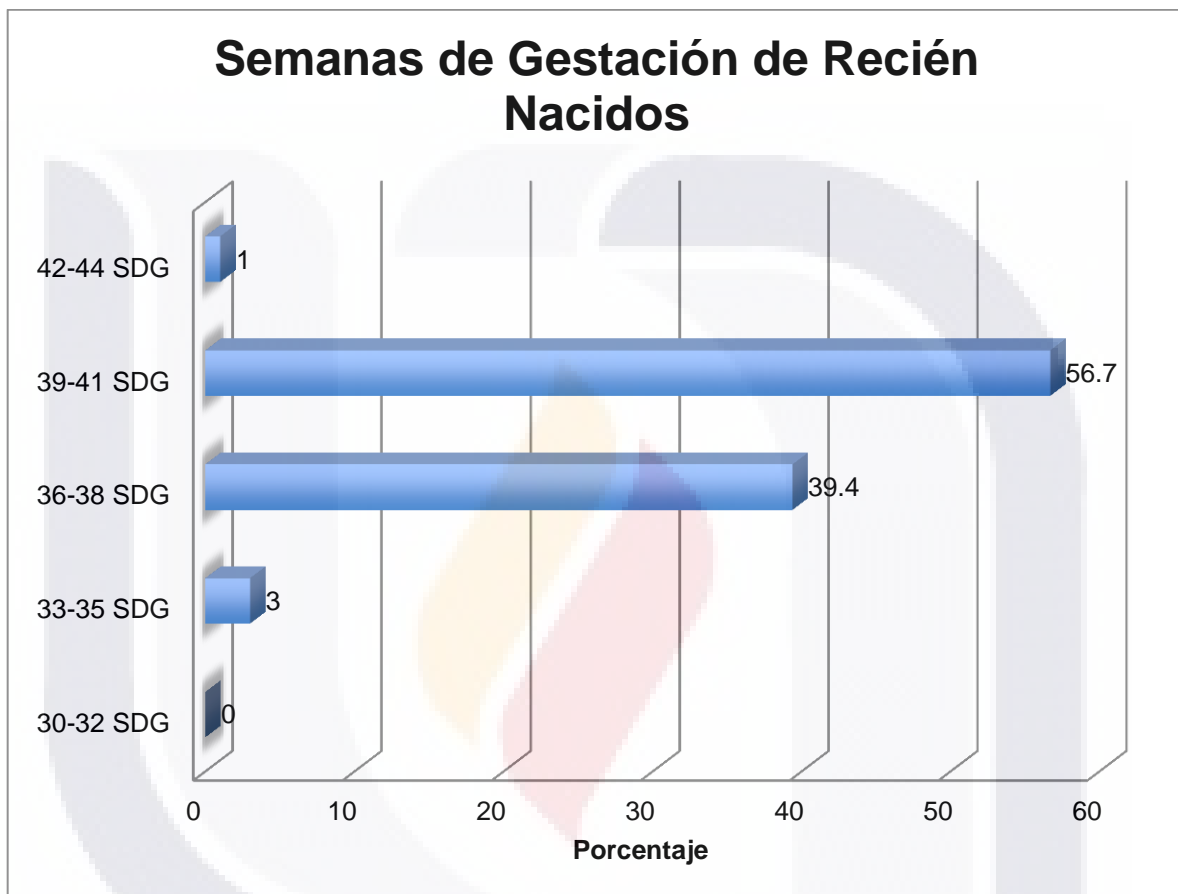
Los Datos de Indicaciones de Cesárea se describen a continuación:

Se encontró que a casi tres cuartas partes de las pacientes no se les realizó cesárea ya que no tenían indicación de ésta. La causa más común para indicar realización de cesárea fue período expulsivo prolongado de trabajo de parto, seguido de baja reserva fetal y desproporción céfalo-pélvica.



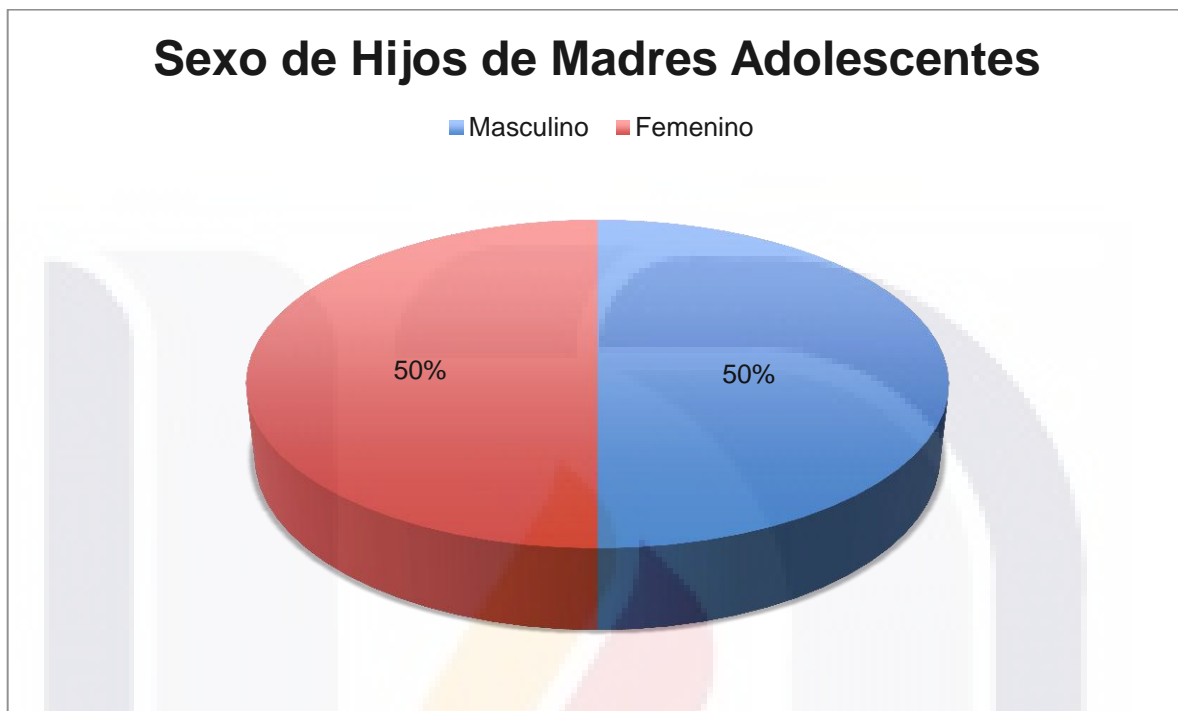
Gráfica 6. Indicaciones de Cesárea.
Fuente: Cédula de recolección de información

Los Datos de semanas de gestación de los recién nacidos se describen a continuación:
 Se encontró que mas de la mitad de los recién nacidos se encuentran dentro de las semanas de gestación de término, y tan solo una paciente presento embarazo prolongado, respecto a productos prematuros solo hubo 3 bebés.



Gráfica 7. Semanas de Gestación de Recién Nacidos.
 Fuente: Cédula de recolección de información

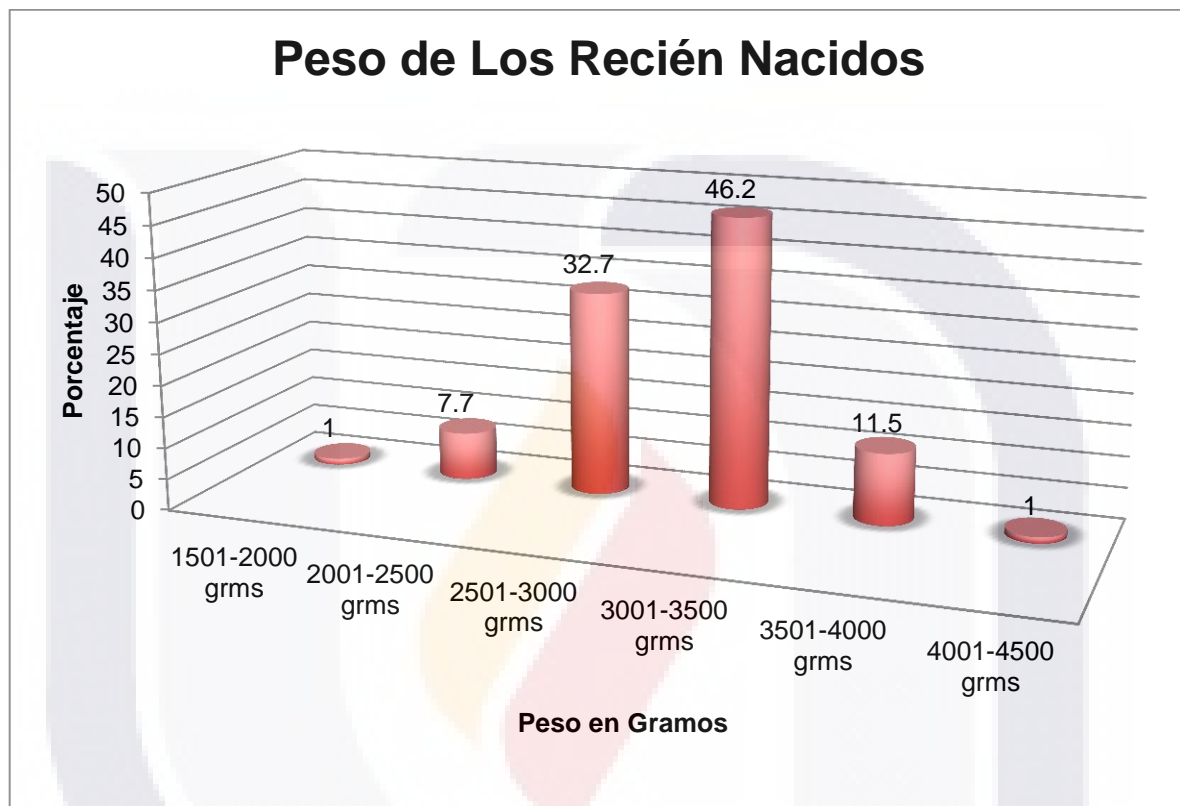
Los Datos del Sexo de Hijos de Madres Adolescentes se describen a continuación:
Se encontró que no existe diferencia entre la variedad de sexo de los bebés.



Gráfica 8. Sexo de Hijos de Madres Adolescentes.
Fuente: Cédula de recolección de información

Los datos del peso de los hijos de madres adolescentes se describen a continuación:

Se encontró que más de 3 cuartas partes de las madres adolescentes tuvieron hijos con peso adecuado, 9 presentaron bajo peso y tan sólo 1 macrosómico.



Gráfica 9. Sexo de Hijos de Madres Adolescentes.
Fuente: Cédula de recolección de información

Los datos del Apgar a los 5 minutos en los recién nacidos de madres adolescentes se describe a continuación:

Se encontró 1 producto óbito, y en ninguno de los casos hubo la necesidad de hospitalización de los hijos de madres adolescentes por lo que pasaron a alojamiento conjunto.



Gráfica 10. Apgar a los 5 Minutos de Los Recién Nacidos.
Fuente: Cédula de recolección de información

Se realizó cruce de información de edad gestacional de los hijos de madres adolescentes con la escolaridad de las mismas, dónde no se mostró relación significativa con una $p < 0.05$.

De la misma manera se hizo cruce de información de las complicaciones obstétricas con edad gestacional de los recién nacidos y se vio que la edad de los bebés no está relacionada con el tipo de complicación obstétrica que presentó la madre. Se obtuvo una $p < 0.05$.

Se pensó que una pobre escolaridad de las madres podría influenciar la edad gestacional de sus hijos, ya que éstas muestran menos conocimientos de los cuidados prenatales que deben tener, por lo que se hizo cruce de información pero se encontró que no existe relación entre estas dos variables con una $p < 0.05$.

DISCUSIÓN

El embarazo durante la adolescencia constituye un gran problema de salud pública, en nuestro estudio se encontró que la principal complicación de estos es la terminación del embarazo por cesárea con casi una cuarta parte del total de la muestra (25%). Cuya principal indicación fue período expulsivo prolongado de trabajo de parto. Al igual que en estudio de Zamora-Lares et al, la principal complicación fue la terminación del embarazo por cesárea pero con un porcentaje mayor de hasta una tercera parte del total de su muestra (31%). Esto es debido muy probablemente a la falta de desarrollo tanto de la pelvis ósea materna como de sus características sexuales, lo que impide un fácil tránsito del producto a través del canal del parto.

En nuestra muestra se encontró que el principal estado civil de las pacientes adolescentes es la unión libre (53%), coincidiendo con el estudio realizado por Domínguez-Anaya con un 57.4%; la causa principal de esto es la mayor co-dependencia a la pareja por parte de las mujeres tanto en comunidades pequeñas como por no tener una educación completa lo que favorezca a que encuentren un empleo.

Se encontró una diferencia respecto a la ocupación con lo reportado en el estudio de Domínguez-Anaya, ya que nuestra población se dedica principalmente al hogar (89.4%) mientras que en Cartagena, Colombia la mayoría es estudiante (53.1%). Debido principalmente a la diferencia cultural y de oportunidades existentes entre ambas poblaciones.

El grado de educación de las pacientes adolescentes no mostró diferencias significativas en ninguna de la bibliografía revisada respecto a nuestra muestra, ya que en todos, la mayoría cuenta con secundaria completa como máximo nivel académico.

Se encontró que al igual que lo reportado en la literatura, la principal complicación es la ruptura prematura de membranas, sin tomar en cuenta la cesárea, esto debido muy probablemente al mal control prenatal y la presentación de infecciones tanto urinarias como cervicovaginales.

Respecto a las complicaciones más graves como lo son desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y hemorragia obstétrica, no se encontró diferencias con lo reportado en la literatura.

En este estudio no se observaron resultados perinatales adversos en las madres adolescentes respecto a lo reportado en la literatura, pero es importante aclarar que sólo mediante un buen control prenatal, se logrará que no conlleve un aumento de los riesgos para el bebé.



CONCLUSIONES

- Se acepta la hipótesis nula debido a que las principales complicaciones maternas entre las madres adolescentes primigestas en el Hospital de La Mujer Aguascalientes de Enero 2014 a Diciembre 2014 fueron cesárea y ruptura prematura de membranas, lo que es igual a lo reportado en la literatura científica.
- Se concluye que la mayoría de las madres adolescentes primigestas en el Hospital de La Mujer de Aguascalientes se encuentran en estado civil de unión libre, tres cuartas partes se dedican al hogar y tienen como máximo nivel de estudios secundaria completa.
- La principal complicación obstétrica presentada por las madres adolescentes primigestas fue la resolución del embarazo por operación cesárea, seguida de ruptura prematura de membranas, lo que concuerda con la literatura científica.
- Se observó que el ser madre adolescente no tiene injerencia en la edad gestacional presentada por sus hijos, tampoco es un factor predisponente a bajo o alto peso. Y por último en cuanto al estado de salud a los 5 minutos de nacido; no se encontró relación directa.
- Como conclusión la operación cesárea al ser la complicación más frecuente en los embarazos de primigestas, su realización fue motivada principalmente por la presencia período expulsivo prolongado, seguida por baja reserva fetal.

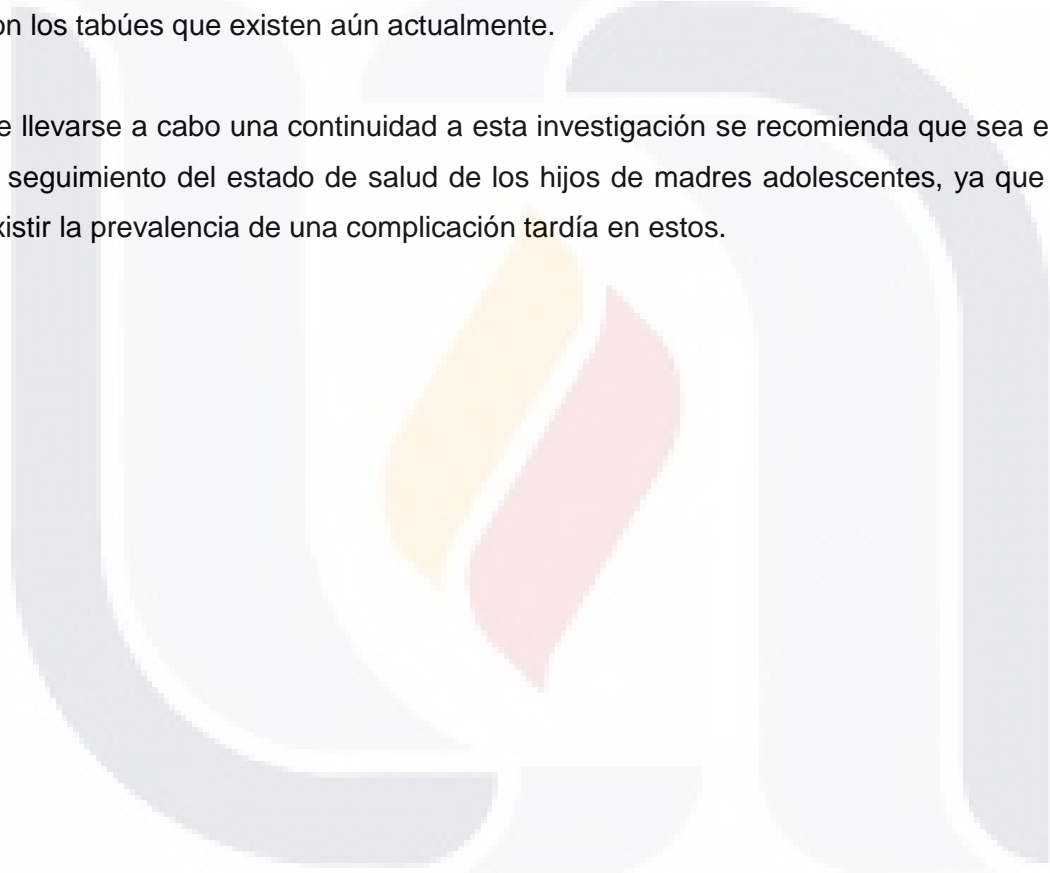
Sugerencias

Mediante esta investigación se sugiere a las autoridades de salud tanto del Instituto de Salud de estado de Aguascalientes como las del Hospital de La Mujer que es necesaria la implementación de programas de salud más enérgicos que puedan tener gran impacto en la prevención del embarazo en adolescentes y en sus familias mediante el uso y funcionamiento de métodos anticonceptivos. Esto a través de medios de difusión masiva, visitas a escuelas desde grados de primaria, trípticos, etc.

A los colegas ginecoobstetras me permito invitarlos a que permanezcan actualizados sobre el uso y funcionamiento de métodos anticonceptivos, y fomenten su aplicación en las adolescentes mediante la educación al paciente.

Lo anterior no puede llevarse a cabo sin el deseo del paciente a participar de la prevención, por lo que se les sugiere que se acerquen a sus centros de salud más cercanos y pidan información clara y suficiente. Debe de subrayarse la importancia de fomentar un ambiente familiar saludable en el que prevalezca la comunicación y terminar con los tabúes que existen aún actualmente.

De llevarse a cabo una continuidad a esta investigación se recomienda que sea enfocada al seguimiento del estado de salud de los hijos de madres adolescentes, ya que pudiera existir la prevalencia de una complicación tardía en estos.



BIBLIOGRAFÍAS

1. Gamboa MC, "EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES" Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Análisis de Política Interior. 2013 Mayo (consultado 15 Enero 2015). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
2. Aida Naneth Zamora-Lares, J. Guadalupe Panduro-Barón, J. Jesús Pérez-Molina, Norma Argelia Quezada-Figueroa, Jorge González-Moreno y Sergio Fajardo-Dueñas. Embarazo En Adolescentes y Sus Complicaciones Materno Perinatales. REVISTA MÉDICA MD, 2013 4(4):233-238.
3. Juliana Vallejo Barón. Embarazo en adolescentes complicaciones. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX, 2013 (605) 65-69.
4. J Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos, J Jesús Pérez Molina, Elizabeth Guadalupe Panduro Moore, Damián Peraza Martínez, Norma Argelia Quezada Figueroa. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704.
5. Nancy Williamson, Maternidad en la Niñez, Fondo de Población de Las Naciones Unidas. 2013 (consultado 15 Enero 2015). Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
6. LXII Legislatura H.Congreso del Estado de Aguascalientes. 2012 (Consultado 20 de enero 2015). Disponible en: <http://www.congresoags.gob.mx/congresoags/leyes.php>
7. Prianka Mukhopadhyay, R.N. Chaudhuri, and Bhaskar Paul. Hospital-based Perinatal Outcomes and Complications in Teenage Pregnancy in India. J HEALTH POPUL NUTR 2010 Oct;28(5):494-500

8. Regina Domínguez-Anaya, Yaneth Herazo-Beltrán, m.sc. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • (141-147).

9. Dr. Silber, MASS, Dra. Munist, MPH, Dra. Herrera, MPH, Dr. Suárez, MPH. MANUAL DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. 1ª Edición. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud 1992.

10. Dr. Folch P.A. Diccionario Enciclopédico University de Términos Médicos. 1ª Edición. México. D.F. Editorial Interamericana. 1981.

11. Enciclopedia Jurídica. 2014. (Consultado el 23 de enero del 2015). Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>

12. Diccionario de la Real Academia Española. 2014 (Consultado el 23 de enero del 2015). Disponible en: <http://www.rae.es>

13. Guía de Práctica Clínica. Atención Integral de Preeclampsia en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2008. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

14. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo. 2009. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

15. Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención. 2009. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

16. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el segundo y tercer trimestre del embarazo en el segundo y tercer nivel de atención. 2008.

(Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

17. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo de Parto Pretérmino. 2009. (Consultado el 24 de enero de 2015). Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

18. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas en pretérmino. 2010. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

19. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. 2009. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

20. Guía de Práctica Clínica. Reducción de la frecuencia de operación cesárea. 2014. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

21. Boletín de la Subdirección de Servicios de Salud Gerencia, Unidad de Promoción a la Salud. PEMEX. [On-line]. [consultado 15 de enero 2015]. Disponible en:
www.serviciosmédicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf

22. Guía de Práctica Clínica. Prevención y Manejo de La Hemorragia Obstétrica en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2013. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

23. Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. 2014. (Consultado el 24 de enero del 2015). Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ANEXOS

Anexo A. Formato principales complicaciones del embarazo



Anexo A. Formato principales complicaciones del embarazo



Hospital de La Mujer Aguascalientes

“Principales Complicaciones del Embarazo en Adolescente Primigestas en El Hospital de La Mujer Aguascalientes”

Nombre: _____ Expediente: _____
Edad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____

Complicaciones Obstétricas:

Preeclampsia: _____
Diabetes Gestacional: _____
Amenaza de Aborto: _____
Placenta Previa: _____
Amenaza de Parto Pretérmino: _____
Ruptura Prematura de Membranas: _____
Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta: _____
Cesárea e indicación: _____
Hemorragia Obstétrica: _____
Uso de Fórceps: _____

Características

Edad Gestacional (en semanas): _____
Sexo: _____
Peso (en gramos): _____
Apgar a los 5 minutos: _____

Perinatales: