



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“CONDICIONES RELACIONADAS A RESULTADOS PERINATALES EN
EMBARAZO ADOLESCENTE.”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR:
DR. FRANCISCO JAVIER ZAMORA LOZANO**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES.**

- 2015-



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“CONDICIONES RELACIONADAS A RESULTADOS PERINATALES EN
EMBARAZO ADOLESCENTE.”**

Hospital General Enrique Cabrera Cossío
Secretaría de Salud del Distrito Federal
Periodo del 01-06-2013 al 30-11-2013.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a Dios por su bondad, por su amor, por su obra.

Gracias a mis padres quienes me enseñaron a luchar, quienes todo me han dado, principalmente su gran corazón y ejemplo de superación, gracias por estar siempre a mi lado.

A mis hermanos y mi abuela que amo tanto.

A mis maestros, gracias por compartir sus enseñanzas y por compartir su tiempo, a todos ellos quienes depositaron una semilla en mi.

Gracias.

INDICE

RESUMEN	2
I. INTRODUCCIÓN	4
II. MATERIAL Y MÉTODO	12
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN	38
V. CONCLUSIONES	39
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMEN.

Antecedentes: El embarazo adolescente es un problema de orden público. En países poco desarrollados genera una serie de complicaciones que repercuten directamente en el estado social y de salud de la madre. Y por lo consiguiente en el pronóstico perinatal del recién nacido.

Objetivo: conocer las condiciones sociales y gineco-obstétricas de las adolescentes embarazadas, así como la repercusión en sus resultados perinatales en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el período 1 de junio del 2013 a 30 noviembre del 2013.

Pacientes y método: estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y transversal. El universo lo conformaron las 254 embarazadas en edad entre 12 y 19 años atendidas en el Servicio de Gineco–Obstetricia del H.Gral Dr. Enrique Cabrera.

Resultados: Como principales resultados se encontró que del total de adolescentes embarazadas que culminaron su embarazo el 63.4% correspondieron a parto fisiológico, 24.4% a cesárea y 12.2% a un aborto. En relación a los antecedentes obstétricos de las pacientes incluidas en el estudio se encontró que el 13.8% del total había presentado por lo menos un parto previo, el 1.2% por lo menos una cesárea previa, y el 7.9% un aborto previo.

En relación al nivel socioeconómico se encontró que el 80.3% de las adolescentes embarazadas presentaron un nivel socioeconómico bajo y que existe relación entre éste y la aparición de eventos obstétricos adversos. En los eventos adversos obstétricos se encontró con mayor frecuencia el desgarro vaginal con un 8.1%, seguido de atonía uterina con 7.2%, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con 3.1%, óbito con 0.9% y retención placentaria con 0.4%. El 80.3% de las mujeres incluidas en el estudio no presentó ningún evento adverso. La presencia o ausencia de toxicomanías fue evaluada, encontrándose que el 96.1% de las pacientes contestaron negativo al uso de sustancias tóxicas, sin embargo se encontró que el 1.2% consumía tabaco, el 0.8% utilizaba solventes, el mismo porcentaje consumía alcohol, o inhalaba cocaína, y el 0.4% se drogó con marihuana.

Conclusiones: el embarazo en la adolescente, presenta mayor número de repercusiones materno-perinatales, principalmente el nivel socioeconómico bajo se relaciona con la aparición de mayor número de eventos obstétricos adversos, ocasionando incremento en el riesgo perinatal y materno.

Palabras clave: embarazo adolescente, edad ginecológica, condiciones maternas, resultados perinatales.

I. INTRODUCCION.

Antecedentes.

La Organización Mundial de la Salud señala que actualmente alrededor de 16 millones de mujeres en países en vías de desarrollo entre 15 y 19 años de edad han estado embarazadas.¹ En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, consideró como residentes en México; 22 millones 804 mil 083 de adolescentes (12 a 19 años de edad), que es equivalente a 20.2%, del total de habitantes en el país. 50.3% de estos, son mujeres. El 23% de las mujeres adolescentes, eran sexualmente activas, la mitad (51.9%) estuvo embarazada alguna vez y 10.7% cursaba un embarazo. Es decir; por cada mil mujeres embarazadas 370 eran adolescentes, cantidad que se ha incrementado en comparación a 2005 cuando, por cada 1000 mujeres embarazadas, sólo 300 eran adolescentes.³

La falta de apoyo, la falta de información y orientación en materia de salud reproductiva y educación sexual para niñas y adolescentes, ha ocasionado que el índice de embarazos en esta etapa de la vida se empiecen a considerar como un problema de salud pública, esta situación particular plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento o control prenatal deficiente o nulo, así como problemas de tipo social entre ellos el rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas, abandono del recién nacido, etc.

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer, perímetro abdominal bajo, prematuridad, Apgar bajo y dificultad respiratoria del recién nacido, lo que incrementa la morbilidad y aumenta el riesgo de muerte perinatal.² Por lo que es importante considerar las condiciones obstétricas como la edad ginecológica de la madre, el número de parejas sexuales, inicio de vida sexual, número de consultas de control prenatal y número de gestas. Así como el nivel socioeconómico relacionado con la adolescente y su entorno, en donde se ve involucrada la evolución del embarazo.

El embarazo adolescente o embarazo precoz, es aquel que se produce en una adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.¹ Para comenzar a hablar sobre el embarazo en la adolescente, en principio se debe definir que es la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como "el periodo 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".¹ En México la ENSANUT 2012, define como adolescencia a una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta. Por lo tanto, se considera que las decisiones que en esta etapa se tomen serán decisivas para el futuro del individuo.³ Issler la divide en tres periodos principalmente, primero en una adolescencia temprana, que abarca de los 10 a los 13 años de edad.

La adolescencia media, de los 14 a los 16 años de edad. Y finalmente la adolescencia tardía, que comprende de los 17 a los 19 años de edad.⁵

Dentro de las principales condiciones obstétricas que se pueden valorar en la embarazada adolescente se encuentra la edad ginecológica, la cual se define como la edad cronológica menos la edad de la menarca, la edad ginecológica baja es cuando el valor obtenido de la fórmula anterior es menor o igual a 2 años; esto se determinó con base al estudio de las complicaciones en pacientes embarazadas menores de 18 años, en quienes se determinó la edad ginecológica y se encontró que las complicaciones se presentaron con una frecuencia mayor y estadísticamente significativa en las que tenían una edad ginecológica menor o igual a 2 años.⁷

La relación que guardan las condiciones de la embarazada adolescente con los resultados perinatales es notoriamente estrecha. El 80% de las adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, afectada por el desempleo.⁶ En las adolescentes, el embarazo es una situación particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo.¹ Se ha reportado que más de 8.1% de las adolescentes de 12-15 años tuvieron dos o menos visitas a control prenatal, menos que el porcentaje de las adultas, y por lo consecuente los resultados perinatales adversos que conllevan.

Entre los que destacan principalmente el parto pre término, bajo peso al nacer y la dificultad respiratoria, incrementado de ésta forma la morbimortalidad en el periodo perinatal.²

El periodo perinatal se puede definir según la OMS, como el periodo comprendido desde la semana 28 de gestación (ciento noventa y seis días), hasta el séptimo día de vida neonatal (ciento sesenta y ocho horas posterior al parto).¹¹ En la práctica se utiliza como límite inferior el criterio ponderal de los 1000g de peso. Las características físicas del neonato van de acuerdo con su edad de gestación y juegan un papel importante para conocer su condición de salud al nacer, dentro de las primeras valoraciones iniciales que se practican en el recién nacido en el periodo perinatal, se encuentra la valoración Apgar, la cual es un método rápido y práctico para evaluar objetiva y sistemáticamente al recién nacido inmediatamente luego del nacimiento, y su propósito es ayudar a identificar a aquellos que requieran reanimación neonatal y predecir su supervivencia. Se llama así en honor a su creadora Virginia Apgar, que en 1952 propuso un medio para evaluar la condición física del neonato inmediatamente después de nacido. Es importante resaltar que esta valoración no fue diseñada para predecir el desarrollo neurológico de un niño, nos ayuda entonces más para determinar qué infante requiere reanimación al nacer y tiene valor para predecir la muerte neonatal.

Los parámetros evaluados son 5, y son fácilmente identificables: Frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos y color de la piel. Se evalúan en base a una tabla de puntuación, en el cual se asigna un valor a cada parámetro que va de 0 a 2. Esta evaluación se realiza al primer minuto de vida y a los 5 minutos, para saber cuál es la puntuación se debe sumar el puntaje asignado a cada parámetro de acuerdo a las características ya mencionadas. La puntuación va de 0 a 10, a mayor puntuación mejor estado de salud del recién nacido. Otra de las pruebas pronósticas utilizadas para evaluar al recién nacido en el periodo perinatal, es la prueba de Silverman y Andersen, es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Los movimientos toraco-abdominales, tiraje intercostal, es decir, hundimiento de los espacios intercostales, retracción xifoidea, aleteo nasal y quejido espiratorio a la auscultación. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Andersen, la puntuación más baja tiene mejor pronóstico que la puntuación más elevada.¹³ En lo que atañe a la edad de gestación, se sabe que desde el siglo pasado había ya interés por clasificar a los recién nacidos respecto a la morbilidad que pudieran manifestar, según su edad de gestación. Tal vez la más empleada en la práctica diaria es la valoración propuesta por Capurro y cols. la que utiliza cinco características somáticas: la formación del pezón, la textura de la piel, la forma de la oreja, el tamaño de la mama y los surcos plantares, además de dos signos neurológicos, el signo de la bufanda y el de cabeza en gota.

Es de suma importancia la atención que se les brinda a los niños recién nacidos, estimar su edad gestacional por alguno de los procedimientos disponibles, evaluando su maduración neurológica (tono muscular, presencia de reflejos primitivos y su movilidad articular, etc.).¹¹ Aunado a esta valoración clínica, es importante conocer sus características físicas y somatométricas como su peso al nacimiento, longitud y su perímetro cefálico, al fin de conocer algunos de los indicadores de riesgo de estos niños. Así conociendo esta serie de características se puede prever el pronóstico de los recién nacidos, ya que con ellos es posible estimar la morbimortalidad en el periodo perinatal.

Planteamiento del problema.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública y la población adolescente de países subdesarrollados es más susceptible a éste problema.

La embarazada adolescente frecuentemente vive en un entorno socioeconómico desfavorable, lo que acarrea una serie de complicaciones que afectan la evolución de su embarazo con los consecuentes resultados adversos en el producto. De igual manera, las condiciones obstétricas juegan un papel fundamental en el pronóstico del embarazo y sus resultados. La valoración médica integral del recién nacido vivo en el periodo perinatal en embarazos adolescentes es de suma importancia, ya que define sustancialmente su pronóstico.

Es por lo tanto de vital importancia poner énfasis en la valoración pronóstica adecuada del recién nacido en el periodo perinatal y detectar posibles complicaciones que se llegaran a presentar en el mismo. Por lo anterior, resulta relevante encontrar respuesta a:

¿Qué condiciones están asociadas a los resultados perinatales en embarazadas adolescentes?

Justificación.

De acuerdo con los datos obtenidos de la ENSANUT 2012, dos de cada diez adolescentes, tiene vida sexual activa y al menos una ha estado embarazada, lo que nos hace considerar actualmente el embarazo en la adolescencia un importante problema de salud pública. Se valora como un embarazo de alto riesgo obstétrico por la asociación de múltiples condiciones que pueden influir en los resultados del mismo, no solamente en términos de salud, sino aumentando el número de dificultades socioeconómicas para el desarrollo futuro de la familia.

Es importante el estudio de la embarazada adolescente para que a través del control prenatal sean detectados aquellos factores que puedan favorecer la presentación de complicaciones durante el periodo perinatal.

Actualmente no existe en los hospitales de la red de la secretaria de salud del distrito federal programas adecuadamente dirigidos a la educación sexual y reproductiva de las adolescentes, que les permita obtener información y seguridad para tomar mejores decisiones: Programas que deberían incluirse desde los niveles de educación básica para ayudar a comprender el embarazo en esta etapa de la vida y la magnitud de este problema y la trascendencia que genera en sus vidas. Por lo anteriormente descrito, surgió la inquietud de conocer el número de adolescentes que actualmente se atienden en el área tocoquirúrgica del Hospital General Dr Enrique Cabrera Cosío del Distrito Federal. Así mismo identificar cuáles son las principales condiciones relacionadas con su gestación y el impacto que en él ejercen.

OBJETIVO.

Objetivo general.

Evaluar las condiciones asociadas a los resultados perinatales, en embarazadas adolescentes.

Objetivos específicos.

- Analizar los resultados perinatales de los productos de embarazos adolescentes.
- Analizar las condiciones;
 - ginecológicas de las embarazadas adolescentes.
 - obstétricas de las embarazadas adolescentes.
 - sociales de las embarazadas adolescentes.
- Evaluar la relación entre los resultados perinatales y las condiciones de la adolescente embarazadas.

HIPOTESIS.

Las condiciones maternas desfavorables en el embarazo adolescente incrementan el riesgo de eventos adversos en el periodo perinatal.

II. MATERIAL Y METODOS.

- Tipo de estudio:
- Observacional.
- Retrospectivo.
- Transversal.
- Descriptivo.

Análisis del universo.

El universo está conformado por 334 adolescentes embarazadas atendidas en la unidad tocoquirúrgica del Hospital General Dr Enrique Cabrera de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. De las cuales 254 se incluyeron en el actual estudio. En el período comprendido 1 de Junio del 2013 al 30 de noviembre del 2013.

Universo de trabajo.

Censo de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de embarazo adolescente en mujeres con edad entre 12 y 19 años de edad que resolvieron su embarazo.

MUESTRA.

Censo de expedientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Expedientes de adolescentes embarazadas que resolvieron su embarazo en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.
- 01 Junio al 30 Noviembre de 2013.
- Expediente completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Expediente incompleto.

VARIABLES.

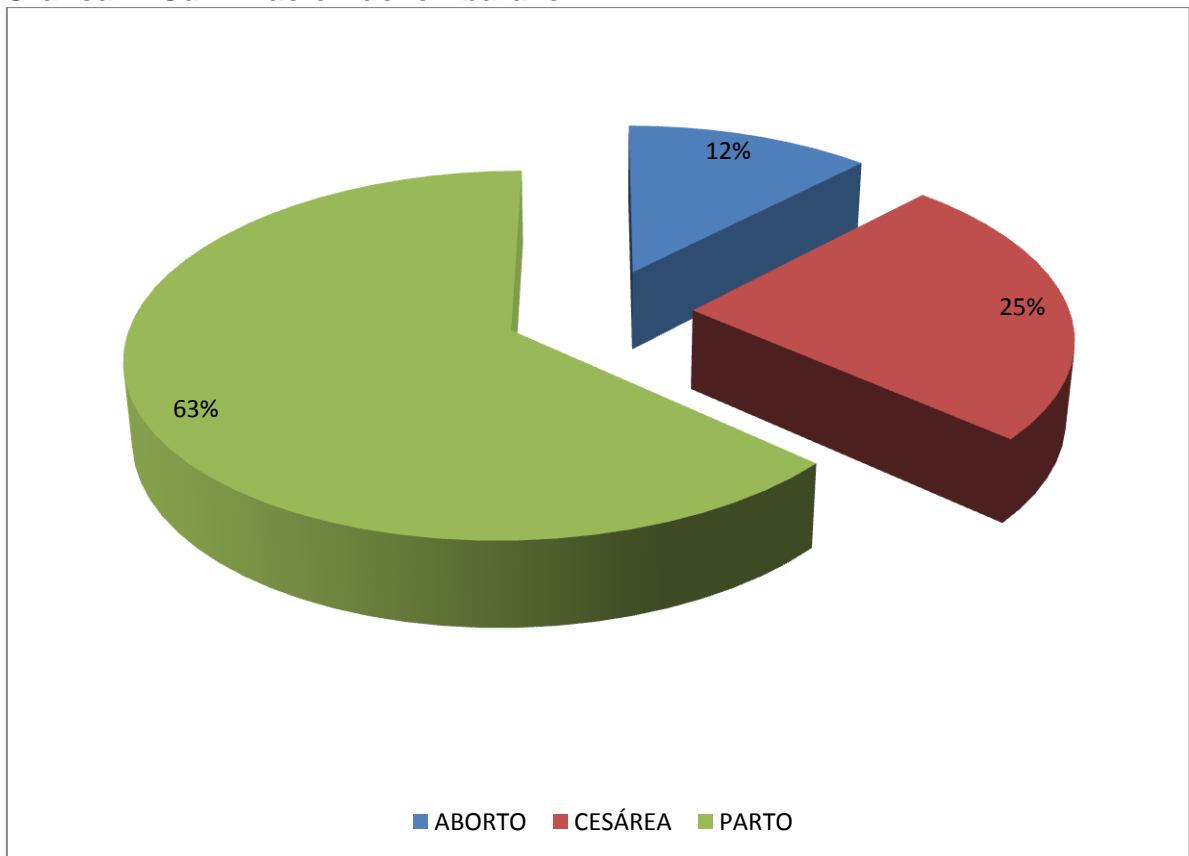
VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad.	Contexto.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, medido en años cumplidos	Cuantitativa. Continua.	Grupos de edad.
Escolaridad.	Contexto.	Ultimo nivel de estudios terminado.	Cualitativa Ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna. • Primaria. • Secundaria. • Bachillerato
Nivel socio económico.	Contexto.	Medida que analiza el estatus social y económico de un individuo o familia, abarcando sus ingresos del hogar, los niveles de educación y ocupación.	Cualitativa. Ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto
Estado Civil.	Contexto.	Tipo de relación de pareja, que refiere la paciente, independientemente de la relación jurídica.	Cualitativa. Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Divorciada • Viuda.
Ocupación.	Contexto.	Actividad que realiza de manera cotidiana, para conseguir sustento, sea remunerada o no.	Cualitativa. Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Hogar • Estudiante • Trabajo fuera de casa • Ninguna
Toxicomanía.	Contexto.	Utilización de un tóxico con propiedades psicotrópicas, que generan una dependencia.	Cualitativa. Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Tabaco • Otros. • Ninguna
Inicio de vida sexual	Contexto.	Edad al momento de la primera relación sexual completa, en años cumplidos.	Cuantitativa. Discreta.	Edad específica.

Menarca.	Contexto.	Edad al inicio de la primera menstruación, en años cumplidos.	Cuantitativa. Continua.	Edad específica.
Edad ginecológica.	Contexto.	Edad resultante de la sustracción entre la edad cronológica y la edad de la menarca.	Cuantitativa. Continua.	Años.
Número de gestas.	Contexto.	Numero de embarazos que hasta el momento ha cursado, incluyendo el actual.	Cuantitativa. Discreta.	Número.
Partos.	Contexto.	Número de hijos que hayan sido mayores de 20 semanas nacidos por vía vaginal.	Cuantitativa. Discreta.	Número.
Cesáreas.	Contexto.	Número de hijos que hayan sido mayores de 20 semanas nacidos por vía abdominal.	Cuantitativa. Discreta.	Número.
Abortos.	Contexto.	Número de productos expulsados durante las primeras 20 semanas de gestación	Cuantitativa. Discreta.	Número.
Culminación del embarazo actual.	Compleja .	Via por la que se resuelve el embarazo de la paciente.	Cualitativa. Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea. • Parto. • Aborto.
Peso del producto.	Compleja .	Primer medida del peso del producto de la concepción	Cuantitativa. Continua.	Gramos.
Talla del producto.	Compleja .	Primer medida de estatura realizada al producto de la concepción de la planta de los pies hasta vértice del cráneo.	Cuantitativa. Continua.	Centímetros.
Perímetro abdominal.	Compleja .	Medición de la perímetro externo del abdomen del producto, en su punto más ancho.	Cuantitativa. Continua.	Centímetros.

III. RESULTADOS.

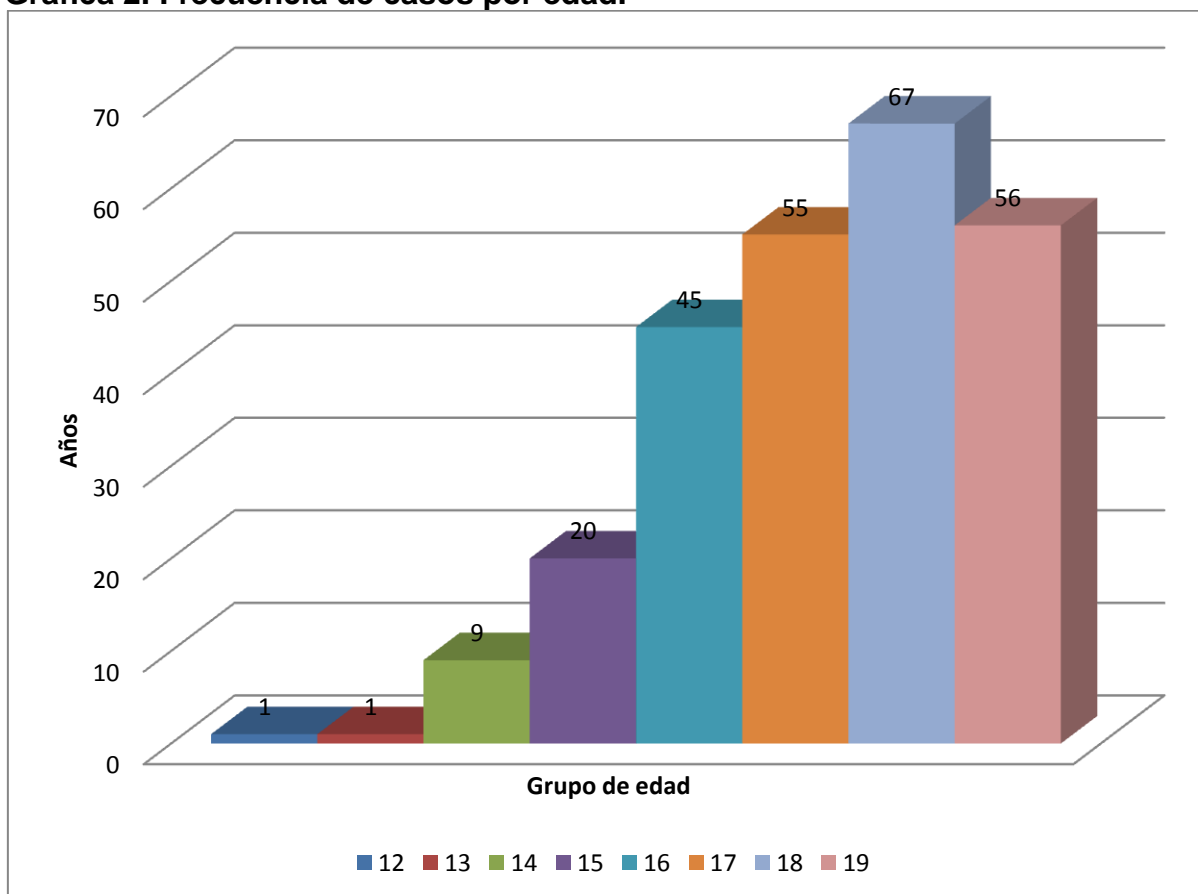
Se realizó el presente estudio con un total de 254 adolescentes embarazadas, quienes fueron atendidas en el Hospital General Enrique Cabrera de la Secretaría de Salud del Distrito Federal por la culminación de su embarazo, de las cuales al 12.2% presentaron el diagnóstico de aborto (n=31), el 24.4% post-cesárea (n=62) y el 63.4% post-parto fisiológico (n=161), como se puede observar en la gráfica 1.

Gráfica 1. Culminación del embarazo.



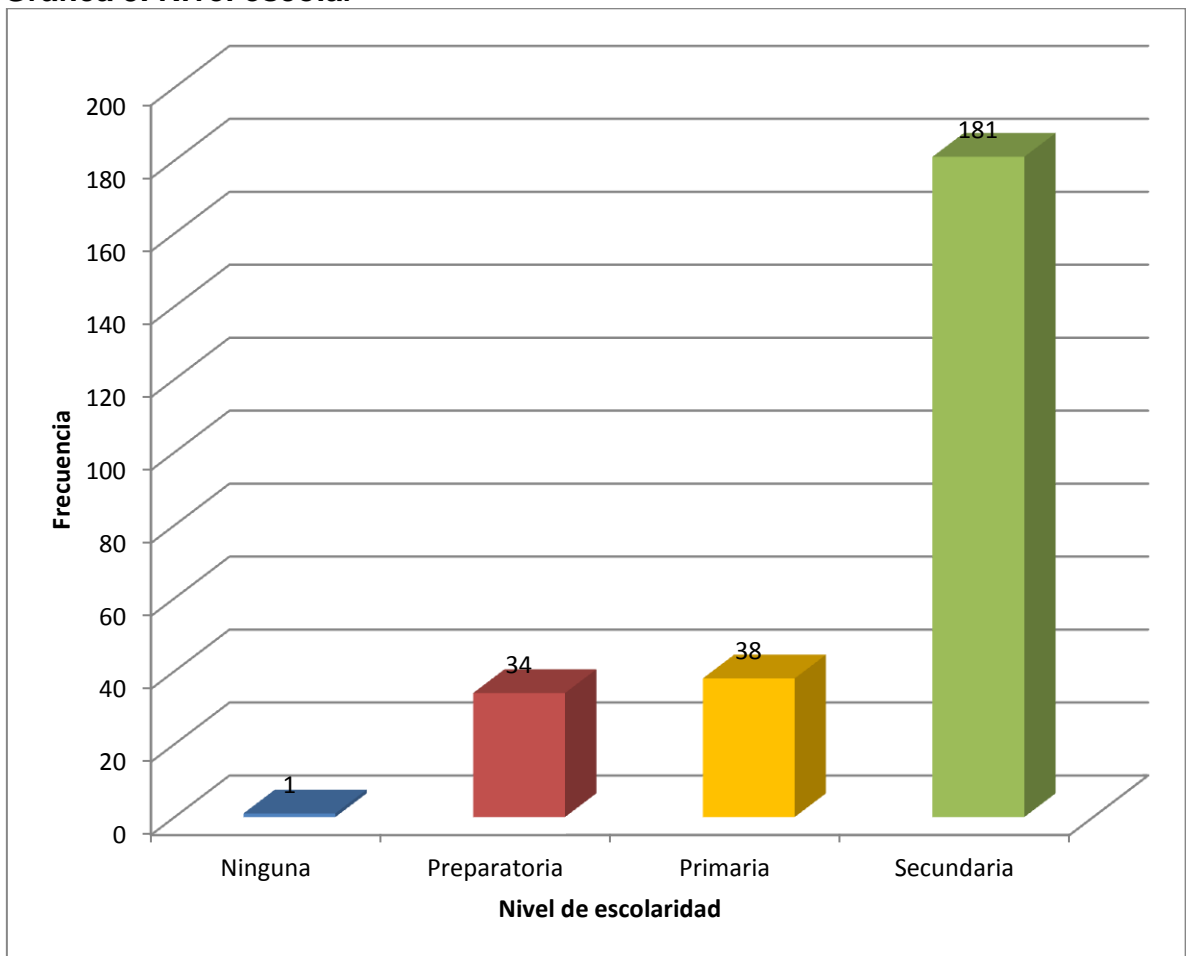
La edad de las pacientes osciló entre los 12 y 19 años, siendo las de 17 a 19 años de edad las que presentaron mayor porcentaje con un 70.1%, seguidas de aquellas con 16 años con 17.7%, las mujeres entre los 12 a 14 años presentaron el menor porcentaje con tan solo 12.2%, la frecuencia por edad se muestra en la gráfica 2.

Gráfica 2. Frecuencia de casos por edad.



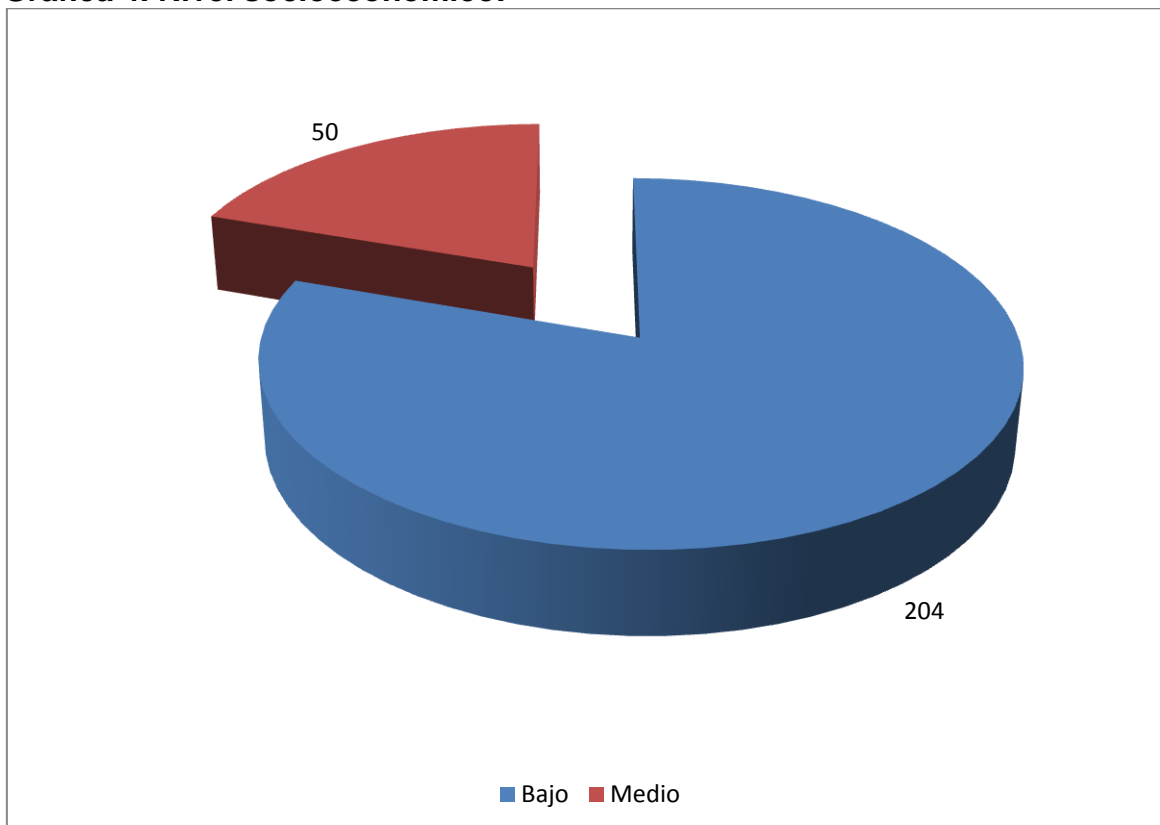
En relación a la escolaridad se encontró que el 71.3% de las adolescentes embarazadas incluidas en el estudio tenían escolaridad a nivel secundaria, el 15% a nivel primaria, y tan solo el 13.4% a nivel preparatoria, un 0.4% fue registrada con nulo nivel escolar, la gráfica 3 presenta la frecuencia de casos acorde a nivel de escolaridad.

Gráfica 3. Nivel escolar



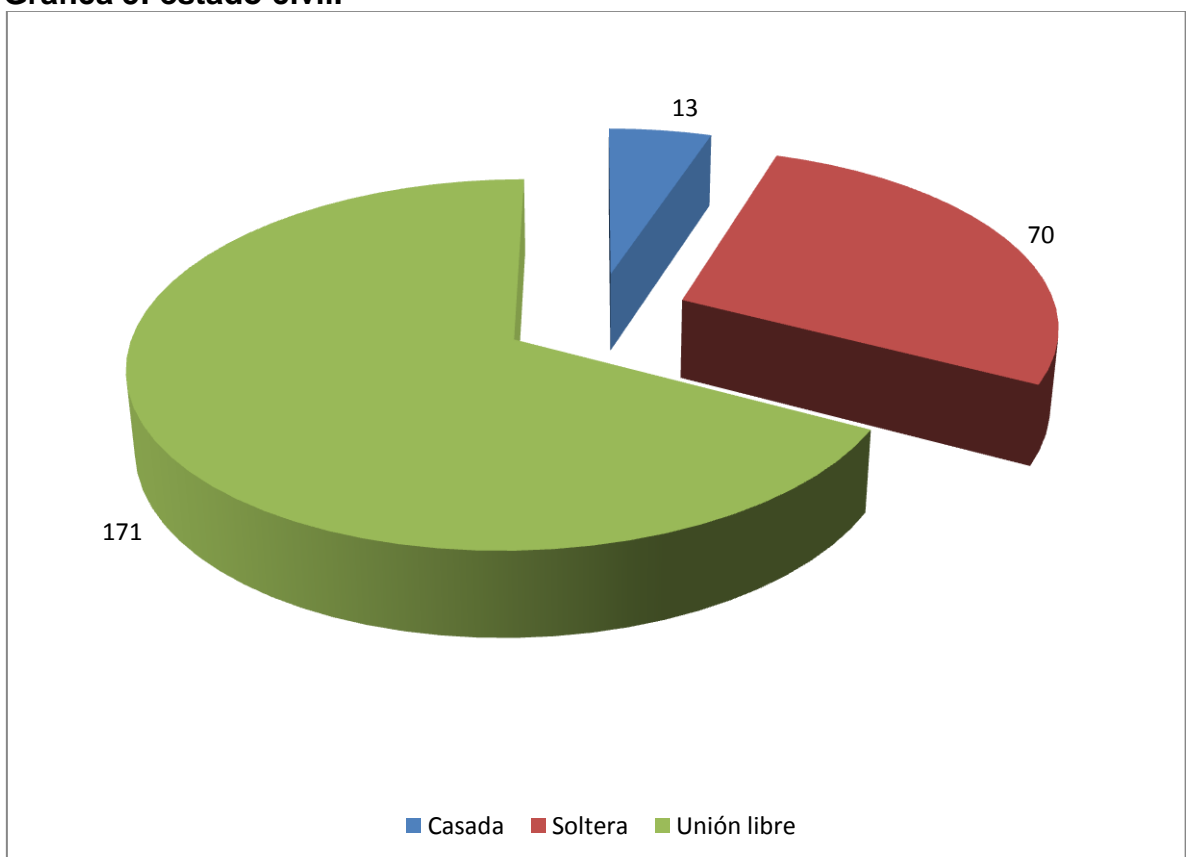
En relación al nivel socioeconómico se encontró que el 80.3% de las adolescentes embarazadas presentaron un nivel socioeconómico bajo, mientras que el restante 19.7% se definieron por tener un nivel medio.

Gráfica 4. Nivel socioeconómico.



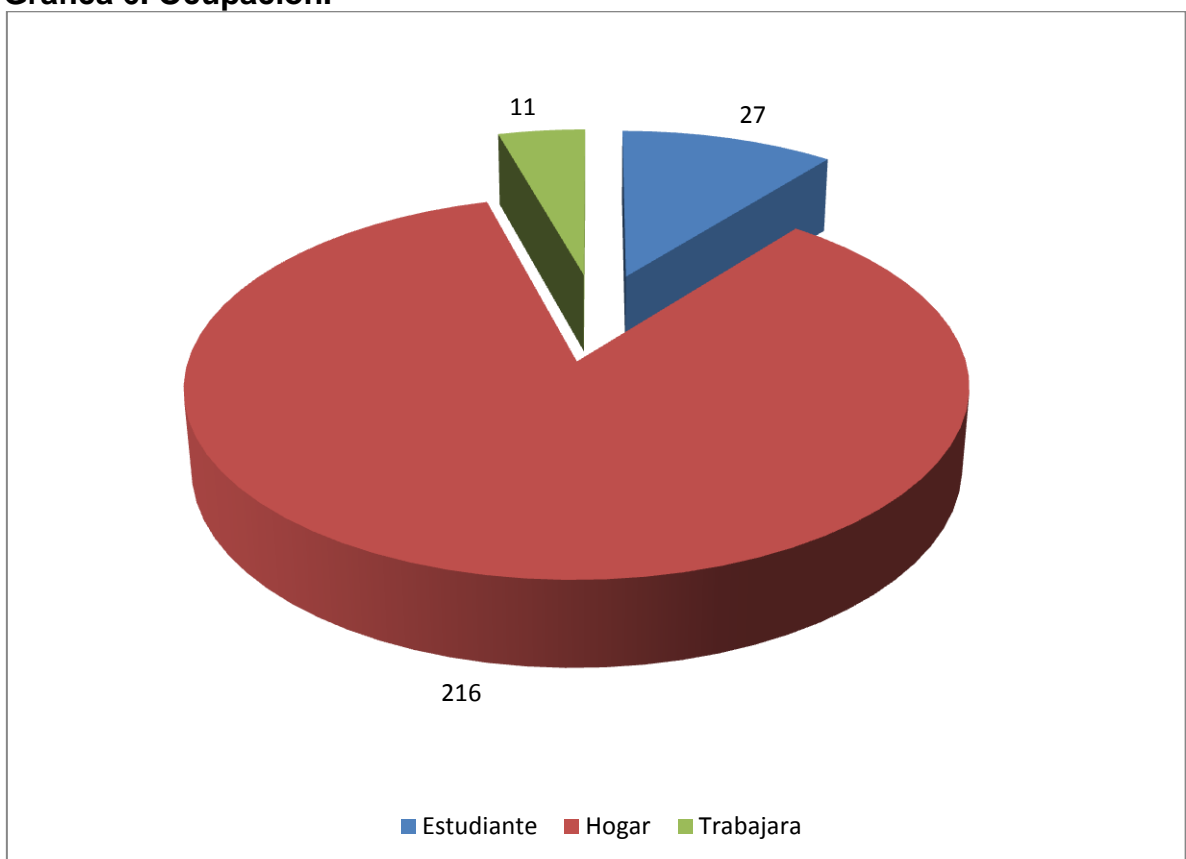
En lo referente al estado civil se encontró que la mayoría de las pacientes, un 68.3% se encontraban en unión libre, el 27.6% se definieron como solteras, y tan solo el 5.1% como casadas

Gráfica 5: estado civil.



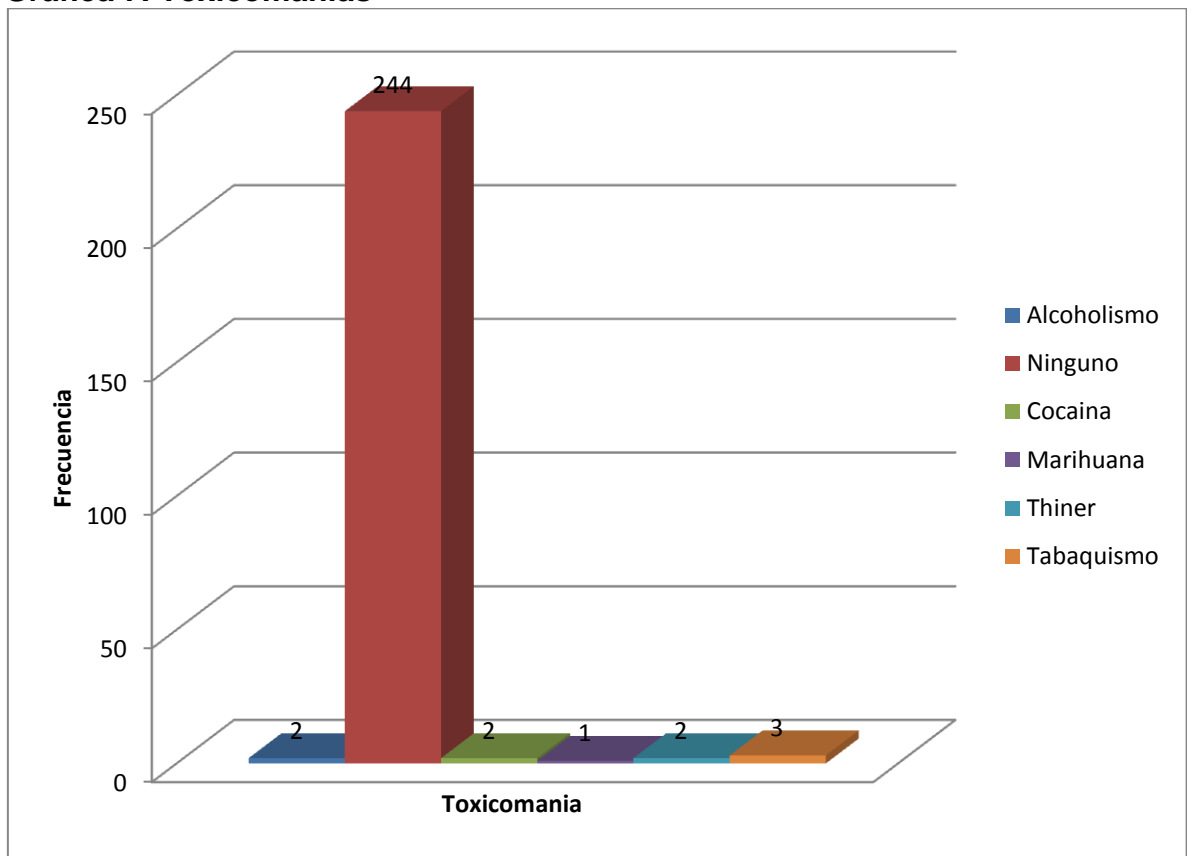
La ocupación fue una de las variables analizadas y en la cual se encontró que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se dedicaban a las labores propias del hogar, con un 85%, solo el 10.6% continuaban estudiando y el 4.3% tenían algún tipo de empleo.

Gráfica 6. Ocupación.



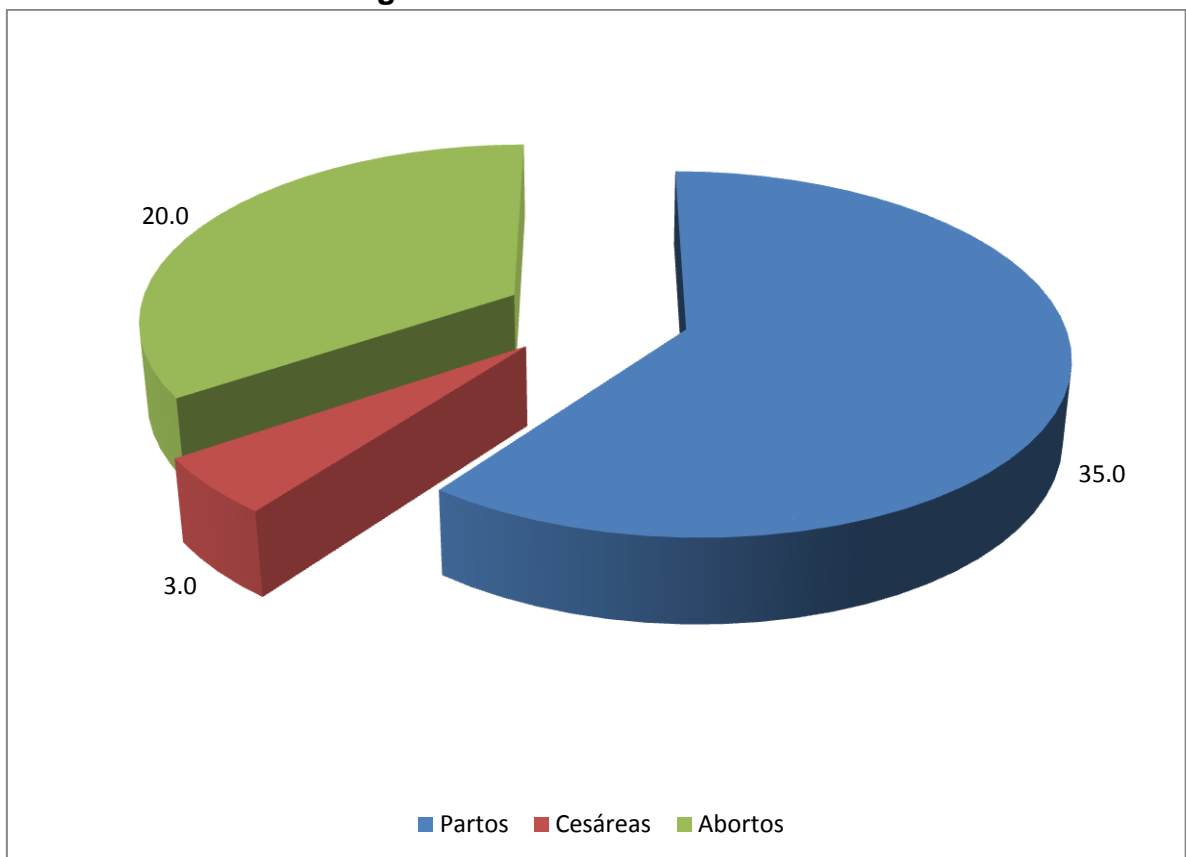
La presencia o ausencia de toxicomanías fue evaluada, encontrándose que el 96.1% de las pacientes contestaron negativo al uso de sustancias toxicas, sin embargo se encontró que el 1.2% consumió tabaco, el 0.8% inhaló solventes, el mismo porcentaje consumió alcohol, o inhaló cocaína, y el 0.4% se drogó con marihuana, en la gráfica 7 se presentan las frecuencias por cada grupo.

Gráfica 7. Toxicomanias



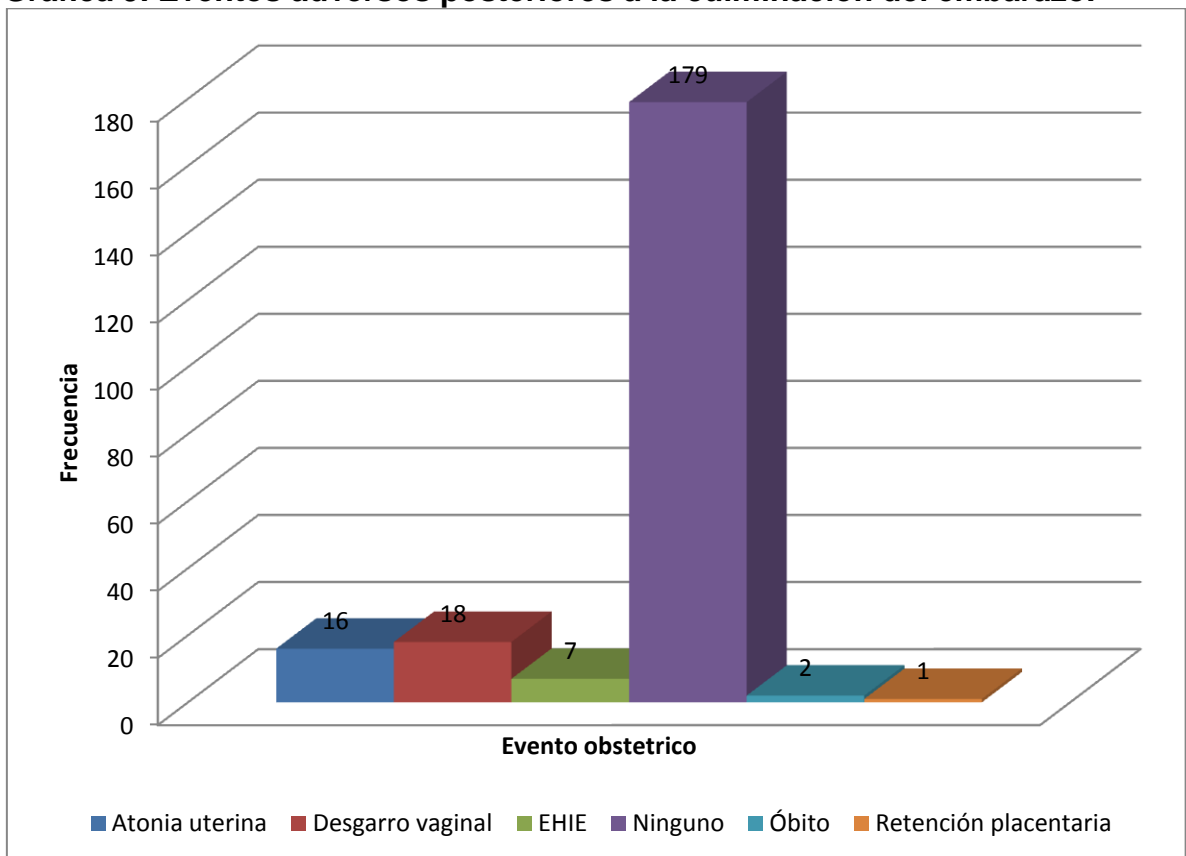
En relación a los antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes incluidas en el estudio, se encontró que el 13.8% del total había presentado por lo menos un parto previo, el 1.2% por lo menos una cesárea previa, y el 7.9% un aborto previo, en la gráfica 8 se presentan las frecuencias por evento obstétrico.

Gráfica 8. Antecedentes ginecoobstetricos



En relación a los efectos adversos tras la culminación del embarazo (sin contar los eventos de aborto), se encontró con mayor frecuencia el desgarro vaginal con un 8.1%, seguido de atonía uterina con 7.2%, EHIE con 3.1%, óbito con 0.9% y retención placentaria con 0.4%. El 80.3% de las mujeres incluidas en el estudio no presentó ninguna complicación, las frecuencias se pueden observar en la gráfica 9.

Gráfica 9. Eventos adversos posteriores a la culminación del embarazo.



Se realizó una tabla de contingencia (tabla 1), la cual muestra la presencia o ausencia de un nivel socioeconómico bajo y la presencia o ausencia de complicaciones, obteniéndose una $p > 0.05$ que nos indica que existen diferencias significativas entre las variables. Por lo cual podemos concluir que la un nivel socioeconómico bajo influye en la presencia de efectos adversos.

		Efecto adverso		Total
		Si	No	
Nivel Socioeconómico bajo	Si	53	151	204
	No	22	28	50
Total		75	179	254

Tabla 1.

Pruebas de chi-cuadrada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.266 ^a	1	0.012	0.016	0.011
Corrección por continuidad ^b	5.430	1	0.020		
Razón de verosimilitudes	5.942	1	0.015		
N de casos válidos	254				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14.76.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. Ambas variables deben disponer de categorías idénticas.

La relación entre la edad ginecológica y los efectos adversos fue realizada, tomando como referencia una corta edad aquella menor o igual a 2 años, al contrastar las variables se obtuvo un valor $p > 0.05$, situación por la cual no existen diferencias significativas, y concluimos que la edad ginecológica no es un factor predisponente de las complicaciones. Ver tabla 2.

Tabla 2.

		Efecto adverso		Total
		Si	No	
Edad ginecológica menor a 2 años	Si	19	36	55
	No	56	143	199
Total		75	179	254

Pruebas de chi-cuadrada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.849 ^a	1	0.357	0.404	0.224
Corrección por continuidad ^b	0.570	1	0.450		
Razón de verosimilitudes	0.831	1	0.362		
N de casos válidos	254				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16.24.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. Ambas variables deben disponer de categorías idénticas.

El análisis en relación al peso del recién nacido vs la presencia o ausencia de efectos adversos, arrojó como resultado que existe una diferencia significativa entre las partes, por lo cual podemos concluir que existe asociación entre el bajo peso y los efectos adversos, ya que se obtuvo un valor $p < 0.05$. Ver tabla 3.

		Efecto adverso		Total
		Positivo	Negativo	
Peso del RN menor a 2.5 kg	Positivo	13	28	41
	Negativo	31	151	182
Total		44	179	223

Tabla 3.

Pruebas de chi-cuadrada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.550 ^a	1	0.033		
Corrección por continuidad ^b	3.670	1	0.055		
Razón de verosimilitudes	4.152	1	0.042		
N de casos válidos	223				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.09.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis en relación a la talla del producto vs la presencia o ausencia de efectos adversos, arrojó como resultado que existe una diferencia significativa entre las partes, por lo cual podemos concluir que existe asociación entre la talla menor y los efectos adversos, ya que se obtuvo un valor $p < 0.05$. Ver tabla 4.

		Efecto adverso		Total
		Positivo	Negativo	
Talla del RN menor a 48 cm	Positivo	10	19	29
	Negativo	34	160	194
Total		44	179	223

Tabla 4.

Pruebas de chi-cuadrada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.580 ^a	1	0.032		
Corrección por continuidad ^b	3.572	1	0.059		
Razón de verosimilitudes	4.062	1	0.044		
N de casos válidos	223				

- a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.72.
- b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis en relación al perímetro torácico del producto vs la presencia o ausencia de efectos adversos, arrojo como resultado que no existe una diferencia significativa entre las partes, por lo cual podemos concluir que no existe asociación entre el menor perímetro torácico y los efectos adversos, ya que se obtuvo un valor $p > 0.05$. Ver tabla 5.

			Efecto adverso		Total
			Positivo	Negativo	
Perímetro torácico menor a 30 cm	Positivo		7	13	20
	Negativo		37	166	203
Total			44	179	223

Tabla 5.

Pruebas de chi-cuadrada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.234 ^a	1	0.072		
Corrección por continuidad ^b	2.262	1	0.133		
Razón de verosimilitudes	2.834	1	0.092		
N de casos válidos	223				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.95.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis en relación al perímetro abdominal del producto vs la presencia o ausencia de efectos adversos, arrojó como resultado que no existe una diferencia significativa entre las partes, por lo cual podemos concluir que no existe asociación entre el menor perímetro abdominal y los efectos adversos, ya que se obtuvo un valor $p > 0.05$. Ver tabla 6.

	Efecto adverso		Total
	Positivo	Negativo	
Perímetro abdominal Positivo	19	71	90
menor de 30 cm Negativo	25	108	133
Total	44	179	223

Tabla 6.

Pruebas de chi-cuadrada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.181 ^a	1	0.670		
Corrección por continuidad ^b	0.065	1	0.799		
Razón de verosimilitudes	0.181	1	0.671		
N de casos válidos	223				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.76.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El análisis en relación al perímetro cefálico del producto vs la presencia o ausencia de efectos adversos, arrojo como resultado que no existe una diferencia significativa entre las partes, por lo cual podemos concluir que no existe asociación entre el mayor perímetro cefálico y los efectos adversos, ya que se obtuvo un valor $p > 0.05$. Ver tabla 7.

			Efecto adverso		Total
			Negativo	Positivo	
Perímetro cefálico mayor a 36	Negativo		177	44	221
	Positivo		2	0	2
Total			179	44	223

Tabla 7.

Pruebas de chi-cuadrada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.496 ^a	1	0.481		
Corrección por continuidad ^b	0.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	0.884	1	0.347		
N de casos válidos	223				

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .39.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

IV. DISCUSIÓN.

Se hace notar que los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo reportado con la literatura, el embarazo en la adolescente incrementa el riesgo de factores adversos en el periodo perinatal. El bajo nivel socioeconómico y educativo que presentan las pacientes se ve ligado a un incremento en la aparición de complicaciones que ponen en riesgo la vida del producto y/o la madre. Cabe mencionar que si bien no hubo un incremento significativo en la relación entre las condiciones de la embarazada adolescente y los resultados adversos perinatales, esto no implica los problemas adversos a los que se enfrentará la adolescente y su hijo para sobrevivir, desde los ámbitos tanto de salud como socioculturales y económicos. Desde éste entorno es necesario reforzar y promover políticas gubernamentales encaminadas a la orientación de esta población.

V. CONCLUSIONES.

- Las condiciones de la adolescente embarazada repercuten en los resultados perinatales, incrementando la aparición de eventos adversos en el periodo perinatal, de acuerdo con lo establecido en la literatura.
- Dentro de estas condiciones se encuentran principalmente el nivel socioeconómico y educativo, el cual se ve relacionado con la aparición de eventos adversos.
- Dentro de las complicaciones maternas que se presentaron como eventos adversos en el periodo perinatal se encuentran la presencia de desgarros en canal de parto con un 8.1%, seguida de la presencia de atonía uterina con un 7.2%, así como la enfermedad hipertensiva en el embarazo con un 3.1%. Las cuales incrementan el riesgo de mortalidad materna.
- La edad ginecológica menor o igual a 2 años, no se relacionó con la presencia de eventos obstétricos adversos.
- En cuanto a las complicaciones fetales la más común fue el bajo peso al nacer, aunque no se relacionó con la presencia de eventos obstétricos adversos que se estudiaron.

- Se debe hacer más hincapié a las adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos, no sólo después del evento obstétrico, sino desde antes para evitar gestaciones a temprana edad y con ellos disminuir el riesgo de complicaciones maternas y fetales.
- El presente estudio contribuye al entendimiento de las condiciones de las adolescentes embarazadas, haciendo énfasis en la necesidad de nuevos programas para el seguimiento adecuado en el control prenatal y atención de estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Panduro Barón JG, Jiménez Castellanos PM, Pérez Molina JJ. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(11):694-704.
2. María de los Ángeles Rodríguez Vázquez Factores de riesgo para embarazo adolescente *Medicina UPB*, vol. 27, núm. 1, enero-junio, 2008, pp. 47-58.
3. Gamboa Montejano C., Valdéz Robledo S., 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. 2013, pp 4-17.
4. Candan İltemir D., Nilgün Öztürk T., Adolescent Pregnancies: Maternal and Fetal Outcomes. *The New Journal of Medicine* 2010;27: 113-116.
5. Kayastha S, Pradhan A, Obstetric Outcome of Teenage Pregnancy. *NJOG* 2012 Jul-Dec; 7(2): 29-32.
6. Marian F. MacDorman, Fay Menacker, Eugene Declercq. *Clin Perinatol* 35 (2008) 293–307.
7. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2009. National vital statistics reports web release; vol 59 no 3. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2010.

8. Massachusetts Department of Public Health Bureau of Health Information, Statistics, Research and Evaluation August 2011. Pp 10-21.
9. Ekachai Kovavisarach, Supanan Chairaj, Kasorn Tosang, Suvanna Asavapiriyant, Uraivan Chotigeat. Outcome of Teenage Pregnancy in Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai 2010; 93 (1): 1-8.
10. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 6, Issue 6 (May.- Jun. 2013), PP 81-83.
11. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary data for 2011. National vital statistics reports; vol 61 no 5. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2012.
12. Chedraui P. Pregnancy among young adolescents: trends, risk factors and maternal-perinatal outcome. J Perinat Med 2008;36(3):256-259.
13. Alvaro Monterrosa-Castro, Merizalde Arias-Martínez. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes, comportamiento en hospital maternidad Rafael Calvo. Revista colombiana Ginecología y Obs, vol 58, Núm 2, 2008 (108-115).
14. Salinas Avalos A., Zunino Pradier F., Locatelli Verónica-A. Vías de terminación del embarazo adolescente vs embarazo adulto. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2010 N° 12 (191-195).

