

Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

“RIESGO PERINATAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

TESIS

QUE PARA OBTAR POR EL GRADO
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCA

P R E S E N T A

DR. JUAN BAUTISTA ALVARADO CASTRO

DR. VÍCTOR MANUEL FLORES MÉNDEZ

MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS Y DIRECTOR DE TESIS

MÉXICO, D.F. JULIO 2014.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
HOJA DE APROBACIÓN

DR. CARLOS VIVEROS CONTRERAS
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. JUAN JIMÉNEZ HUERTA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA UNAM
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. VÍCTOR MANUEL FLORES MÉNDEZ
DIRECTOR DE TESIS
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DR. FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ ALDANA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO TEORICO.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
JUSTIFICACIÓN.....	34
OBJETIVOS.....	35
OBJETIVO GENERAL.....	35
OBJETIVO ESPECIFICO.....	35
HIPÓTESIS.....	35
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	35
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	35
MATERIAL Y METODOS.....	35
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	35
UNIVERSO DE TRABAJO.....	35
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	35
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	36
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	36
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	36
VARIABLE DEPENDIENTE.....	36
RECURSOS.....	37
ANALISIS ESTADISTICO.....	37
RESULTADOS.....	38
TABLAS Y GRAFICAS.....	38
DISCUSIONES.....	67

CONCLUSIONES.....	70
ANEXOS.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	73
FIRMAS.....	76

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

EDADES.....	38
ESTADO CIVIL.....	39
ESCOLARIDAD.....	40
NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	41
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.....	42
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.....	43
CERVICOVAGINITIS.....	44
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	45
INDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	46
RESOLUCIÓN.....	47
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	48
INDICE DE MASA CORPORAL.....	49
ANEMIA.....	50
HEMORRAGÍA OBSTÉTRICA.....	51
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO.....	52
TROMBOCITOPENIA GESTACIONAL.....	53
CONTROL PRENATAL.....	54
DIABETES GESTACIONAL.....	55
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.....	56
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO-CERVICOVAGINITIS.....	57
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	58
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS-ANEMIA.....	59
INDICE DE MASA CORPORAL-ANEMIA.....	60
INDICE DE MASA CORPORAL-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	61
CAPURRO.....	62

APGAR.....	63
PESO DEL RECIÉN NACIDO.....	64
MALFORMACIONES.....	65
PATOLOGÍA DEL RECIÉN NACIDO.....	66
PATOLOGÍAS.....	67
MALFORMACIONES GENERAL.....	68
PATOLOGÍAS DE RECIÉN NACIDO.....	68

INDICE DE ANEXOS

CRONOGRAMA.....	71
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal, clínico, no experimental, descriptivo; en el cual se recolectó la información y se podrá evaluar la frecuencia del riesgo perinatal que se presenta en las adolescentes embarazadas.

De igual manera se realizó análisis estadístico de las patologías que más afectaron a las adolescentes embarazadas, para poder implementar medidas preventivas en este grupo de pacientes que en su mayoría son más vulnerables.

El presente estudio se realizó en adolescentes embarazadas que siguen siendo un grupo vulnerable, con escaso o nulo control prenatal, aunado a las implicaciones que lleva el embarazo en sí, y de las carencias que en este grupo de edad se presentan.

Los objetivos fueron los siguientes:

- conocer la frecuencia de embarazo en las mujeres adolescentes, que fueron atendidas de septiembre de 2013 a junio de 2014 en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Juárez de México
- conocer su riesgo perinatal, así como sus complicaciones.
- conocer la resolución de su embarazo.
- conocer la morbilidad y la mortalidad materno-fetal en adolescentes embarazadas

Desde el 1 de septiembre de 2013 al 30 de junio de 2014 se llevó a cabo la recolección de datos de las pacientes embarazadas de 10 a 19 años de edad, sin patología pre-gestacional que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México, y posteriormente se realizó el análisis estadístico y se correlacionó la frecuencia de riesgo perinatal y sus complicaciones.

INTRODUCCIÓN

La salud materno-fetal tiene que pensarse como un binomio que sustancialmente es indesligable porque su realidad gira en un entorno bio-social, el cual es entendido como una serie de fenómenos aislados o generalmente separados que acontecen durante el devenir de la vida de las personas.

Se sabe que la sociedad donde nos desarrollamos tiene influencia sobre nuestra vida y nuestra salud, lo cual se expresa en daños o beneficios con una distribución que suele ser sobre todo en nuestro país sumamente heterogénea.

Con el objeto de prestar una adecuada y oportuna atención a la población materno-infantil, debe reconocerse la utilización de ciertos enfoques en los que se ha basado o debería basarse la investigación de los problemas de salud de este grupo, así como la implementación de estrategias para su solución.

Las madres adolescentes con respecto al resto de las mujeres en edad fértil son grupos bien diferenciados en cuanto a la situación de su salud materno-infantil, observándose que las adolescentes acusan una mayor deficiencia, tanto en la oferta, la demanda de salud, y su salud misma.

La exposición a las carencias en el hogar, el bajo nivel educativo, la procedencia rural, etc., en las madres adolescentes representa un riesgo que es necesario medirlo para determinar su asociación, sus niveles y sus diferencias.

La pirámide demográfica nos muestra que las madres adolescentes representan un buen porcentaje de la población que necesita gozar de salud para poder ser parte del desarrollo de nuestro país.

En el presente trabajo se estudia a adolescentes embarazadas de menos de 19 años. En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo en adolescentes, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional.

Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados obstétricos y psicosociales adversos.

Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto.

Las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos.

MARCO TEORICO

Hoy en día es muy importante abordar la temática de la adolescencia, debido a la trascendencia de este grupo de edad para el desarrollo y su impacto en la población mundial, particularmente en América Latina.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial; constituye en la actualidad un reto de gran importancia. Las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determina un riesgo importante para su descendencia, además de ser pocas las acciones que se realizan, por lo que cada año, el número de adolescente embarazadas y las infecciones de transmisión sexual (ITS) va en aumento. Es por ello que se hace necesario comenzar las acciones relacionadas con estos aspectos a partir de la célula básica de la sociedad, que es la familia, pues constituye el primer grupo al cual pertenece el ser humano.

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

En EE.UU, de un millón de embarazos entre adolescentes, cada año aproximadamente medio millón dan como resultado niños expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, e igualmente ocurre con la madre.

En otros estudios realizados existe gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años. A esto se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se relacionan con una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educativas de salud. El gineco-obstetra, dentro del marco de salud pública en México, desempeña un papel importante en la atención de adolescentes, así como en la supervivencia y desarrollo de sus hijos. La atención obstétrica de estas jóvenes, futuras madres, unidas al trabajo médico en equipo que incluye psicólogos y trabajadores sociales, contribuyen a fomentar en las adolescentes una conducta social oportuna y a dar atención en los aspectos físicos, emocionales y sociales que forman la personalidad.

Llama la atención que las adolescentes solo consideran como necesario para el inicio de las relaciones sexuales, la privacidad del lugar y que sea fruto del deseo de ambos, sin tener en cuenta otros aspectos que son más importantes, debido a su inmadurez bio-psíquica, que no valoran la estabilidad y el conocimiento profundo de la pareja.

Resultados similares fueron encontrados por otros autores, quienes plantean la incidencia del embarazo precoz en aquellos lugares menos desarrollados e industrializados, donde la juventud carece de medios de entretenimiento y esparcimientos recreacionales. Estos resultados también coinciden con estudios internacionales revisados, los cuales demuestran que el medio rural influye favorablemente para el incremento del embarazo en la adolescencia.

El embarazo influye en la vida de la adolescente cuando todavía no alcanza la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades. Se ha demostrado por numerosos investigadores que a la gestante adolescente que no ha completado su crecimiento, necesita una ganancia de peso superior al de la embarazada adulta para lograr un neonato con peso adecuado.

Otros autores refieren que con frecuencia las adolescentes ignoran los riesgos y daños que pueden significar las relaciones sexuales desordenadas, entre ellos el embarazo.

El embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo, y a medida que ocurre en edades más tempranas, esta es más evidente. La mayor cifra de las gestantes adolescentes tiene 16-17 años.

Investigaciones han demostrado que el embarazo adolescente presenta un riesgo mucho mayor tanto para la mamá como para el bebé y en ambos casos, se advierten mayores complicaciones, contribuyen a un índice más alto de mortalidad y a medida que ocurre en edades más tempranas, esta es más evidente.

Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo, tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad desempeña el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino también es un factor, incluyendo malformaciones congénitas y posteriormente; mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo, tasas más altas de mortalidad en la infancia.

Según algunos autores, el hijo de madre adolescente como complicaciones tardías puede presentar retraso en el desarrollo e incapacidad para el aprendizaje. Vázquez y otros han encontrado en su estudio puntajes bajos en el coeficiente intelectual de estos. En esta investigación se previenen los efectos neurológicos y psicomotores tan frecuentes en este grupo de riesgo.

Los adolescentes son un grupo de alto riesgo, su adelantada maduración sexual en la actualidad, lo lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas como inicio de su vida sexual activa. Estas características los exponen a las infecciones de transmisión sexual y al embarazo precoz que por lo general sucede por la falta de uso de métodos anticonceptivos, en fin, tienen una inadecuada preparación para la práctica de relaciones sexuales. En la actualidad se considera como una etapa del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales, que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle atención.

Las adolescentes tienen necesidades de salud sexual y reproductiva relacionadas con el propio ejercicio de la sexualidad y protección contra infecciones de transmisión sexual, regulación de la fecundidad y del embarazo.

Algunos de los aspectos que generalmente se estudian en relación con el inicio de la actividad sexual en las adolescentes son el embarazo, y sus complicaciones, mismos que se traducen en pautas reproductivas que se reflejan en una problemática sociodemográfica.

Debido a diferentes estudios realizados es posible conocer que desde el punto de vista biológico, el comienzo de la pubertad es más temprano que hace 40 años. Ahora las adolescentes alcanzan su desarrollo sexual, ovulación y capacidad reproductiva a menor edad; el descenso es de casi un año en la edad al momento de la menarca.

Riesgos del embarazo en adolescentes

El embarazo y la crianza de un hijo en estas etapas conllevan un riesgo médico mayor para la madre y el hijo, además de desventajas sociales y académicas más duraderas para la madre y el hijo.

Las madres menores de 15 años de edad tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo (enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, infecciones urinarias, cervico-vaginitis, hemorragia posparto hasta 2 veces más que en las de mayor edad). En adolescentes hay mayor riesgo de amenaza de aborto, parto pre-término, infecciones, desnutrición, ruptura de membranas pre-término, recién nacidos con bajo peso al nacer, entre otros.

Violencia sexual a y adolescentes

Esta puede producir trauma emocional, embarazos no deseados, lesiones físicas permanentes, infecciones de transmisión sexual, incluso muerte.

La probabilidad de embarazo no deseado por agresión sexual llega a ser hasta del 18%, infecciones por Gardnerella vaginales hasta de 24%, debido a estos riesgos las pacientes que fueron víctimas de agresión sexual deben recibir atención inmediata médica y psicológica, acorde a los protocolos y normas ya establecidas.

Es importante recomendar que se identifiquen los riesgos potenciales de embarazo precoz e infecciones de transmisión sexual, mediante la interacción escuela-familia-consultorio y establecer vínculos que permitan planificar, organizar y ejecutar programas de educación sexual en las escuelas y la comunidad, donde la adolescente se apropie de conocimientos esenciales para prevenir el embarazo, que puede traer consigo complicaciones potencialmente incapacitantes. (1)

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia, como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica; dicho periodo se extiende desde los 10 hasta los 19 años.

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son,

además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años.

México, con una gran población joven, no ha logrado reducir la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, a menos de 70 nacimientos por 1,000. Estos eventos obstétricos se clasifican como de alto riesgo. (2)

La República Mexicana tiene más de 108 millones de habitantes, desde una perspectiva demográfica se ha alcanzado un mayor número de adolescentes, esto conocido como bono demográfico.

Con respecto al censo nacional de población las adolescentes de 10 a 14 años son 4.9 millones, el grupo de 15 a 19 años es de 4.3 millones, esto sumaría un total de 9.2 millones de habitantes. Actualmente en México la edad de la menarca es en promedio de 12.4 años, así como de la primera relación sexual es a los 17 años. La edad promedio del primer embarazo es a los 17.8 años de edad.

Hasta un 63 % de las adolescentes declaran no haberlo deseado.

Las adolescentes que se embarazan tienen mayor probabilidad de que sus hijas se embaracen a igual o menor edad.

Debido a esto es importante la educación para la salud y promoción de las conductas saludables en cualquier momento de su intervención en estas pacientes por parte del gineco-obstetra.

Con respecto al uso de anticonceptivos hasta el 55% declaran haberlos usado en la primera relación sexual, aunque este índice disminuye en relaciones posteriores. El más común es el preservativo.

La adolescencia se considera como un tránsito a la vida adulta, la sociedad prepara al adolescente y le ofrece los recursos necesarios para que, una vez completada su formación, entre a desempeñar un papel en la sociedad. Los cambios biológicos y psicológicos que suceden en esta etapa, así como, las características geográficas, culturales y sociales que rodean a la adolescente, sus características de personalidad y biológicos, darán como resultado un estilo de vida determinado.

El estilo de vida en los adolescentes adquiere una importante relevancia al tomar en cuenta que éste constituye los hábitos que en el adulto se consideran como parte de sí mismo, es decir, integran los elementos que lo configuran como un ser social.

Las adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura, donde compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes visibles o secretos en los cuales las relaciones sexuales, sin que estén casados, son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.

En las adolescentes embarazadas no les es prioritario adoptar conductas saludables, porque los cambios de la etapa y el mismo embarazo afectan gravemente la personalidad y ésta interviene directamente en la adquisición o no de conductas preventivas. Además de que los estilos de vida de las adolescentes están mediados por otros factores como por ejemplo familiares (imitar conductas), socioculturales (copiar estilos), psicológicos (baja autoestima), económicos (bajos recursos) y escolares (abandono de la escuela). Asimismo el embarazo y las transformaciones biológicas, anatómicas y funcionales que éste conlleva, así como los nuevos roles sociales, los sentimientos de frustración, ansiedad, y la inseguridad acerca de cuál será el resultado final del embarazo y el parto, como lo refiere. (3)

Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años

Adolescencia media: entre los 14 y 16 años

Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años (4)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 a 19 años de edad. Así el período comprendido de los 10 a 14 años es conocido como adolescencia temprana, de los 15 a 19 años adolescencia tardía.

Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los adolescentes suele ser totalmente asincrónico y con frecuencia con períodos de regresión.

Características de la adolescencia

Crecimiento y maduración somática

- Talla y desarrollo somático
- Desequilibrios nutricionales
- Aceptación del propio cuerpo
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto o formal

Sexualidad

- inicio de relaciones sexuales
- Identidad sexual
- Conductas saludables y de riesgo
- Prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado o no deseado

Cambios psicosociales

La imagen y el cuerpo

- Ruptura sensación de pérdida

-Consciencia de sensaciones eróticas

Lucha de la dependencia y la independencia

- Nuevas sensaciones
 - Importancia del grupo
 - Predomina el contacto con el grupo de iguales
- Desarrollo de la identidad
- Exploración de las nuevas capacidades
 - Objetivos idealizados
 - Enfrentamiento a la autoridad
 - Impulsividad
 - Autoestima
 - Intensidad de sentimientos
 - Exposición a riesgos
 - Suicidio

Actitudes y creencias de las adolescentes con respecto a su salud.

Falta de conocimientos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva

- Sobre el propio cuerpo
- Acerca de la reproducción
- Acerca de los métodos anticonceptivos
- Acerca de las infecciones de transmisión sexual

Sensación de invulnerabilidad

Sentido de omnipotencia e invulnerabilidad frente a los riesgos.

Fantasías asociadas con el embarazo y la vida en pareja

- Búsqueda de identidad
- Definición de un proyecto de vida personal
- Independencia y separación de los padres

Sentimientos de culpa frente al ejercicio sexual

-Planear las relaciones sexuales puede ocasionar culpa, si se les considera censurables, indebidas o delictuosas, esto relacionado a la desinformación que conlleva a un desconocimiento también de los métodos de anticoncepción.

Procesos que contribuyen a que el embarazo en la adolescente se haya convertido en un problema creciente en México

Desde mi punto de vista, los factores y procesos que han jugado un papel importante para que el embarazo en la adolescente pueda considerarse como un problema público en México son los siguientes:

Primero, el gran crecimiento, en términos relativos y absolutos, del grupo de adolescentes en los últimos lustros. El grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de un poco más de dos millones en 1970 a más de cinco millones en 1992, lo que lo ha vuelto mucho más evidente y ha dado lugar

al hecho de que, aún a tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande. Actualmente aún ha ido en incremento este problema.

Segundo, el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes, por lo que la proporción de hijos nacidos de mujeres jóvenes muchas de ellas adolescentes es mayor ahora que en el pasado.

Tercero, el mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual, conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto al contrario de lo que sucedía cuando no tenían acceso a estos servicios la alta incidencia de este tipo de embarazos, muchas veces problemáticos por las condiciones en que se presentan.

El resultado de estos tres factores, visto desde las clínicas y hospitales, es que la proporción de embarazos entre las mujeres jóvenes muchas de ellas adolescentes ha aumentado de manera muy visible y significativa en los últimos quinquenios, y que muchos de estos embarazos presentan problemas

Las verdaderas razones por las cuales el embarazo adolescente ha venido a constituirse en un problema social no son, como frecuentemente se aduce, su supuesta colaboración en el crecimiento desmesurado, las malas condiciones de salud y la pobreza de la población, sino el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres que tienden a conducir a la formación temprana de las familias y que se asocian con mayores riesgos para la salud de éstas; los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo. (5)

Las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pre-término y parto vía cesárea. (6)

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.

Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarca.

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.

Los riesgos médicos en las madres adolescentes, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.

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 relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre-término como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional.

Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres menores de 20 años.

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción céfalo-pélvica; 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. (7)

El embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres que estudian aún, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones. (8)

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes, parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas; sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos son no deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23 % de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección, mientras que el 70 % de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.

Esta temática se ha convertido en un problema de salud de todo el mundo debido a la alta incidencia de este fenómeno y la elevada morbimortalidad que trae en esta etapa de la vida. (9)

El Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI) menciona que en México, en 2007, se produjeron 1094 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la mayoría de ellas evitables. Poco más de la cuarta parte de estas muertes se debe a enfermedad hipertensiva del embarazo que puede prevenirse o minimizarse con un adecuado control médico; le siguen las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio (24.3%). Por su parte, el fallecimiento por aborto representa 7.4% de los casos; mientras que la sepsis y otras infecciones puerperales equivalen a 2.6%.

Frecuentemente, se presenta en el contexto de un evento no deseado, y al originarse en una relación de pareja débil determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

Otro factor relevante, y quizá más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

El embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial, por parte de un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad.

Tener un bebé sano, aprender a proteger la salud y aprender mejores hábitos de salud fueron los beneficios principalmente percibidos por las adolescentes embarazadas durante el control prenatal, lo cual indica una ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud. Por otra parte, las barreras identificadas como no sentirse bien y estar deprimida; aunado a esto, se incluyen las barreras relacionadas con los servicios de salud que afectan el control prenatal, como: la actitud del personal de la clínica, el tiempo en la sala de espera y no poder encontrar cita, esto implica que la adolescente sienta apatía para iniciar su control prenatal.

No estar feliz con el embarazo indica una actitud negativa importante; así como el no pensar que es necesario el control prenatal y decidir acudir a emergencias cuando ocurra un problema, estaría enfrentándose a futuras complicaciones, las cuales pueden evitarse. En cuanto al apoyo social recibido por la adolescente durante su embarazo, sí existe alguien que la motive para obtener el control prenatal, así como quien le informe con respecto al porqué llevar el control prenatal y de cómo cuidarse en este embarazo. (10)

Para lograr el cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio firmadas por todos los estados miembros en lo referente a sus objetivos 4 y 5 (reducción en 2/3 partes la tasa de la mortalidad en la niñez y la reducción en 3/4 partes de la razón de mortalidad materna para el año 2015 de sus valores basales de 1990) es necesario capacitar al equipo de salud en el marco del continuo cuidado de la madre y el recién nacido; es decir la esencia misma de la perinatología.

Con la renovación de la estrategia de atención primaria de salud son necesarias guías basadas en las evidencias que ayuden al personal de los servicios a desarrollar normas que contribuyan a mejorar la salud de las mujeres y sus niños (as). Estas intervenciones deben ser a su vez costo/efectivas pues es un principio básico de la atención primaria que incluya a toda la población de mujeres embarazadas y sus hijos (as).

Han sido publicadas varias guías que tienen como antecedentes los libros “Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo” y la primera edición de las “Guías para el Continuo de atención de la Mujer y el Recién Nacido” , que fueron publicados por el CLAP (Centro latinoamericano de Perinatología) en 1995 y en el 2008 respectivamente, al que se le han actualizado todos los temas y ampliado su enfoque, profundizando los contenidos de los cuidados pre-gestacionales con un criterio de promoción y prevención que procura mejorar el estado de salud de la mujer, su pareja y su hijo (a) con medidas relativamente sencillas. Incorpora también nuevos aspectos sobre planificación familiar con un enfoque de derechos, donde se incluye la anticoncepción de emergencia y el concepto de atención integral para evitar las oportunidades perdidas y mejorar la eficiencia de los contactos del personal de salud con la mujer y su niño (a). (11)

La razón de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y asistencia sanitaria de una población y la casi totalidad de las mismas ocurre en países en vías de desarrollo (99%). La falta de educación, alimentación adecuada, soporte social y asistencia sanitaria se asocian fuertemente con la mortalidad materna, siendo un indicador de inequidad entre los ricos y los pobres. Así mismo, la mortalidad materna, evidencia las desigualdades de género, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la asistencia sanitaria.

Se realizan acciones como las siguientes para prevenir o disminuir la incidencia de estos accidentes obstétricos. CLAP.

Prevención del embarazo no deseado. Incluyendo acceso a métodos de regulación de la fertilidad y acciones sanitarias para evitar el aborto en condiciones de riesgo.

Cuidados prenatales accesibles y de calidad. Aumentar el acceso al control y el mejorar la calidad del mismo son acciones de alto impacto para abatir la mortalidad materna.

Asistencia adecuada y humanizada del parto y de las urgencias obstétricas, incluyendo un acompañamiento calificado del parto y el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las complicaciones obstétricas.

Adecuado control puerperal en búsqueda de complicaciones y para establecer acciones de educación sanitaria. (12)

La adolescencia influye negativamente en indicadores maternos perinatales y neonatales incrementando los riesgos de enfermedades asociadas al embarazo, prematuridad, bajo peso y depresión al nacer. Esto contribuye a mayores ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. (13)

El embarazo en mujeres adolescentes es un factor de riesgo para maltrato fetal y la forma más frecuente fue la atención prenatal deficiente. Hasta un 60% de las adolescentes embarazadas llevan control prenatal inadecuado, aunado al hecho de mayor violencia física por terceros y consumo de drogas. (14)

Hay desconocimiento acerca del uso de los diferentes métodos anticonceptivos y de los riesgos biológicos, psicológicos y socioeconómicos a los que estaban expuestas las gestantes durante el embarazo. Por lo que hay que realizar programas que contribuyan al conocimiento y uso de estos métodos de anticoncepción en las adolescentes. (15)

El embarazo de alto riesgo, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana es «aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario».

Una adolescente embarazada enfrenta serios retos para su propio desarrollo biológico y psicoafectivo, con impacto en los ámbitos familiar y social. Se generan daños a la salud, con secuelas para ella y su descendencia, reportándose trastornos nutricios maternos, infecciones genitourinarias, prematuros, bajo peso al nacer y defectos congénitos. Esta realidad nos demanda diseñar acciones médicas específicas durante su control prenatal.

Se han desarrollado diversas encuestas y pruebas psicológicas para embarazadas, tanto de orientación individual como familiar. Las más utilizadas están dirigidas a crisis y redes de apoyo y ya han sido aplicadas a adolescentes gestantes obteniéndose mejor información sobre la dinámica que las lleva a embarazarse, y sobre los cambios que sufren durante la gestación. Se ha sugerido que este conocimiento mejora la relación médico-paciente, pudiendo influir sobre el apego terapéutico durante el control prenatal

El estado nutricional de la embarazada se evalúa tradicionalmente mediante sonometría y ha resultado ser indicador útil de prematuridad y bajo peso al nacer. Las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo para desarrollar trastornos nutricios y, a sabiendas de que por sí mismas aumentan el riesgo perinatal, se presentan 2 cuestionamientos básicos: 1) cómo evaluar congruentemente el peso materno (incrementos absolutos en el tiempo o comparado con un estándar) y 2) cuál es la magnitud del riesgo identificado.

Sobre el primer cuestionamiento, cuando la evaluación del peso materno es transversal y se compara el peso real contra una referencia, recibe el nombre de estandarización. Ya contamos con tablas de referencia para embarazadas mexicanas, y hemos visto utilidad en la evaluación del riesgo perinatal al aplicarse en adolescentes.

Los argumentos teóricos a favor de un mayor riesgo para defectos congénitos entre hijos de adolescentes son:

1) Nutricio. Los diversos trastornos nutricios en adolescentes embarazadas y la falta de planeación las exponen a un suplemento inadecuado de folatos, siendo factor de riesgo para defectos mal formativos.

2) Tóxicos. Se ha descrito el consumo de tóxicos y sustancias ilegales como conducta de riesgo asociada a la actividad sexual no protegida, entre adolescentes, dando como resultado un mayor número de embarazos no planeados y expuestos a teratógenos. En estas poblaciones se espera una mayor frecuencia de defectos congénitos del tipo de las disrupciones, así como de abortos espontáneos y provocados. Así lo sugiere el estudio de Jacono, en Ontario, describe mayor frecuencia de abuso de sustancias, así como de defectos congénitos entre adolescentes embarazadas; sin embargo, no establece una clara relación entre ambos. Por otra parte, el riesgo para defectos congénitos disruptivos se extiende a hijos de madres menores de 24 años y se ha reportado con frecuencias crecientes.

3) Endocrino. En la pubertad, como en la pre-menopausia, se alteran los ajustes hormonales necesarios para una ovulación fisiológicamente correcta. Se ha especulado que este ambiente endocrino anormal puede favorecer una madurez inadecuada del ovocito intrafolicular, aumentando la frecuencia de defectos congénitos.

Sobre la edad materna, tradicionalmente se acepta que la embarazada mayor a 35 años tiene riesgo mayor de cromosomopatías. El concepto de riesgo ha evolucionado en nuestros días a una visión de continuidad cuantificable a lo largo de la edad materna, y diferente por tipo de cromosomopatía. Así, las cromosomopatías cuyo riesgo de presentación se incrementa con la edad materna, son las trisomías libres (trisomías 21, 18 y 13), dejando a la triploidía, la monosomía del X, las cromosomopatías de otros sexo-cromosomas y las estructurales con un comportamiento distinto, e incluso, ajeno a la edad materna.

Para consejo genético por edad materna, se utiliza la tabla de riesgo de Hook EB que indica el riesgo de tener un recién nacido con Síndrome de Down en función de la edad materna; más recientemente, se prefieren las curvas de riesgo ajustado a edad materna y a la edad gestacional en que se está asesorando de Snijders. La primera, de Hook EB, no ajusta por edad gestacional, pero sí incluye adolescentes y resulta interesante un aparente aumento en el riesgo de cromosomopatías de los 15 a los 19 años; las segundas, que sí ajustan a edad gestacional, no incluyen población menor a los 20 años.

La literatura tradicional acepta que el riesgo de pre-eclampsia-eclampsia en adolescentes es hasta 2 veces más del que tiene la población adulta. Sin embargo, la revisión monográfica resulta contradictoria; mientras un grupo de autores encuentra mayor riesgo de pre-eclampsia en adolescentes, otros no logran demostrar diferencias entre éstas y las adultas; y otros describen una incidencia menor en adolescentes.

A la adolescente embarazada se le describen parejas de alto riesgo, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual y enfermedad inflamatoria pélvica.

Asimismo, se ha descrito que las infecciones urinarias sintomáticas y asintomáticas, así como las vaginitis, vaginosis y cervicitis son muy frecuentes entre adolescentes embarazadas y son factores de riesgo para nacimiento pre-término, por lo que su detección para tratamiento oportuno mejora la expectativa perinatal.

Se han descrito poblaciones de adolescentes con cultivos positivos para Clamidia y Micoplasmas, pero asintomáticas. Para la paciente ginecológica resulta ser una colonización sin riesgo inmediato. En la adolescente embarazada surgen diversos cuestionamientos debido a que la adolescencia es periodo de transformación inmune, y a que estos gérmenes se relacionan con enfermedad en el recién nacido.

RECOMENDACIONES

1. En las clínicas de adolescentes se pueden aplicar pruebas (o los ítems individuales) sobre apoyo y cohesión familiar como indicadores de apego prenatal, de interacción madre-hijo y de maltrato infantil; previo proceso de transculturación y validación. (Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación C).

2. La antropometría estandarizada de madres adolescentes ofrece indicadores de riesgo perinatal: talla baja materna, bajo peso pre-concepción y pobre incremento ponderal que indican un riesgo de 2 veces más para prematuros y bajo peso al nacer. Es útil evaluar el peso y la talla pre-concepción, así como el incremento ponderal referido a estándar local. (Nivel de evidencia 2a, Grado de recomendación B)

3. Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar ciertos defectos congénitos, por tipo específico, los principales son los defectos de pared, del sistema nervioso central y labio- paladar hendido. Pueden ser candidatas a programas de diagnóstico prenatal. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

4. En embarazos menores a 20 años, el riesgo para Síndrome de Down parece incrementarse con la edad materna menor: a los 15 años el riesgo es similar a los 30. Se puede ofrecer asesoría genética o ajustar riesgos en función de este riesgo basal. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

5. Se ha recomendado que a las adolescentes embarazadas se les ofrezcan las mismas opciones para diagnóstico prenatal que a las adultas. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

6. Es opinión de los autores que cada centro o clínica de adolescentes debe considerar el ofrecer métodos para el diagnóstico prenatal, sus estrategias deberán ser congruentes con sus propias incidencias, tasas de detección, recursos y costos. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C)

7. La frecuencia de pre-eclampsia entre adolescentes embarazadas es diferente para cada población y, en opinión de los autores, es multifactorial. Se recomienda establecer el

diagnóstico situacional en cada clínica de adolescentes. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

8. Los programas integrales de control prenatal dirigidos a adolescentes reducen en un 41% la frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo. Para reducir riesgos maternos y perinatales en embarazos adolescentes, como el caso de la hipertensión inducida por el embarazo, no es suficiente con los programas estándar de atención prenatal. Se recomienda diseñar programas completos, integrales y multidisciplinarios en clínicas de adolescentes. (Nivel de evidencia 2a, Grado de recomendación B).

9. Al tamizar la Chlamydia Trachomatis en muestras endo-cervicales de adolescentes embarazadas, se puede esperar una tasa de positivos del 5.9 al 37.1%, según la población y el método de aislamiento empleado; asimismo, se espera aislar otros microorganismos patógenos coexistentes; cada centro o clínica de adolescentes debe identificar el comportamiento de su población y laboratorio. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

10. Se debe investigar si las parejas sexuales de las adolescentes embarazadas son de edad mayor de 20 o más años, porque el riesgo de estar colonizadas por Chlamydia Trachomatis es de 4 veces, y 2 veces si esas parejas tienen relaciones con otras mujeres. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

11. Se debe educar a las adolescentes sobre el uso de condón durante el embarazo, ya que aumenta a 4.7 veces en el número de coitos vaginales sin condón y se observa una tendencia a incrementarse la colonización por Chlamydia Trachomatis de casi el doble. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

12. Se debe tamizar y tratar en la colonización por Chlamydia Trachomatis, ya que reduce un 60% la frecuencia de fiebre neonatal; se necesitan tamizar y tratar 7 adolescentes embarazadas para prevenir un caso de fiebre neonatal. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

13. Cada centro o clínica para adolescentes debe identificar la prevalencia de colonización por Micoplasmas genitales en su población. La tasa de colonización por Micoplasmas en adolescentes embarazadas se ha reportado en 81 al 90%. (Nivel de evidencia 2b, Grado de recomendación B)

14. Puede indicarse el tamizaje y tratamiento en la población general de microorganismos genitales, ya que se previenen casos de prematuros y ruptura prematura de membranas. (Nivel de evidencia 1a, Grado de recomendación B)

15. La colonización genital por Micoplasmas se ha asociado, en grados variables y a veces de manera inconsistente, a desenlaces perinatales adversos como: prematuros, infección intra-

amniótica, ruptura prematura de membranas e infección neonatal; igualmente, con infecciones puerperales como desenlace materno. La evidencia no es suficiente para recomendar tamizaje y tratamiento específico en Micoplasmas en la población general, y es más dudoso en adolescentes embarazadas, dada la ubicuidad. (Nivel de evidencia 3b, Grado de recomendación C)

16. Es opinión de los autores que la línea de investigación sobre Micoplasmas genitales en adolescentes embarazadas debe dirigirse a la identificación de los factores clínicos, microbiológicos e inmunes que interactúan con los Micoplasmas en el desarrollo de complicaciones maternas y perinatales. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación C) (16).

La OMS recomienda como mínimo para adecuado control prenatal 5 consultas.

La Guía de Práctica Clínica recomienda como mínimo 4 consultas prenatales, sin embargo en pacientes de alto riesgo o patología concepción se define el número de las consultas acorde a cada paciente.

La primera visita debe ser prevista antes de las 13 semanas y se debe dar información, discutir problemas y resolver preguntas. Identificar a las mujeres con riesgo alto de resultados adversos del embarazo (diabetes mellitus, hipertensión arterial, pre-eclampsia, síndrome de Down, nefropatías, enfermedades de la colágena, etc.)

Descartar incompatibilidad de grupo y Rh, anemia hipo crómica y megaloblástica, sífilis, solicitar grupo y Rh, biometría hemática, EGO, y VDRL.

Detección de VIH y hepatitis B.

Búsqueda de bacteriuria asintomática, y proteínas en orina.

Envío de pacientes con factores de alto riesgo para síndrome de Down a segundo nivel para tamiz.

Calcular la fecha probable de parto por fecha de último período menstrual, en caso de duda sobre la edad gestacional solicitar ultrasonido obstétrico.

Calcular y registrar IMC y signos vitales.

16 semanas

Revisar, discutir y registrar todos los resultados de los exámenes, planear el diseño de cuidados. Las pacientes con embarazo no complicado y sin factores de riesgo indicar continuar su atención prenatal en centro de salud, en caso contrario referir a segundo o tercer nivel.

En hemoglobinas menores de 11gr/dl, considerar suplementación con hierro.

Medir y registrar signos vitales, dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita.

18-20 semanas

Debe realizarse un ultrasonido para detectarse anomalías estructurales. Para las mujeres en quienes la placenta se encuentra alrededor del orificio cervical interno, realizar otro ultrasonido a la semana 36. Medir y registrar signos vitales.

24 semanas en primigestas

Medir fondo uterino, presión arterial descartar la presencia de proteínas en orina. Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita.

28 semanas

Un nuevo examen para detectar anemia y células atípicas, investigar nivel de hemoglobina, niveles menores de 10.5gr/dl considerar suplementación con hierro.

Ofrecer vacuna anti-Rh negativo en caso necesario.

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.

Realizar tamiz de diabetes gestacional o curva de tolerancia a la glucosa oral.

31 semanas

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.

Identificar mujeres embarazadas que requieran cuidados especiales. Si es necesario modificar el plan diseñado de cuidados prenatales antes.

34 semanas

Ofrecer segunda dosis de vacuna anti-Rh negativo en mujeres Rh negativo.

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.

En las pacientes con tratamiento por anemia revisar sus estudios de laboratorio de control, ajustar tratamiento.

En embarazos con evolución normal informar de la fecha probable de parto, con medidas preventivas para embarazo post-maduro y detección de pre-eclampsia y enviar a siguiente nivel.

36 semanas

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina. Determinar la posición fetal, en caso de duda realizar ultrasonido. Mujeres con producto en presentación pélvica envío a siguiente nivel.

En pacientes con reporte anterior de placenta previa realizar nuevo ultrasonido para verificar localización de la placenta. Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita.

37 semanas

Descartar presentación anormal del producto y asegurar una atención oportuna para evitar post-madurez.

38 semanas

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina

Insistir en medidas preventivas de embarazo post-maduro.

40 semanas o más

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita, envío a urgencias gineco-obstetricia para evaluar inducción de trabajo de parto.

En todo el seguimiento prenatal el personal de salud debe estar alerta de los signos o síntomas o condiciones que afecten a la salud de la madre y el feto haciendo énfasis en la detección de violencia doméstica, pre-eclampsia y diabetes gestacional.

La edad materna, ganancia de peso y hábito de fumar se asocian al peso al nacimiento. El peso menor a 51 kg se asocia con un producto pequeño para la edad gestacional, la ganancia de peso de una mujer sana de 7 a 18 kg se asocia con productos de 3 a 4 kg de peso al nacer. El incremento en el IMC se ha asociado a un mayor riesgo de pre-eclampsia y con cesárea en las pacientes con sobrepeso al inicio del embarazo.

Cerca del 4% de los embarazos con producto único vivo tienen presentación pélvica, y de ellos 3% son niños a término, 9% nacen de 33 a 36 semanas de gestación, 18% entre 28 y 32 semanas de gestación y 30% menos de 28 semanas de gestación.

Se debe realizar ultrasonido obstétrico a todas las pacientes para descartar placenta previa y valorar la presentación del producto.

En cada cita se debe determinar la altura del fondo uterino para detectar productos mayores o menores para su edad gestacional en caso de incongruencia realizar estudios complementarios.

Se recomienda registrar la frecuencia cardiaca fetal en cada consulta con el uso de dophtone.

Estudios poblacionales indican que en mujeres saludables con embarazos no complicados la morbilidad y mortalidad perinatal se incrementa en embarazos de 42 semanas de gestación. El

riesgo para óbito se incrementa de 1/3000 en embarazos de 37 semanas de gestación a 3/3000 en embarazos de 42 semanas de gestación y de 6/3000 en embarazos de 43 semanas de gestación, se ha reportado un riesgo similar en mortalidad neonatal.

Ofrecer una inducción de trabajo de parto después de las 41 semanas de gestación reduce la mortalidad perinatal sin incrementar la tasa de cesáreas.

El síndrome del túnel del carpo se define como la compresión del nervio mediano dentro del túnel del carpo con el cuadro clínico de que consiste en hormigueo, dolor urente, parestesias y sensación de inflamación o edema en la mano e interfiere con la función motora y sensorial. Su incidencia es de 21 al 62% en las mujeres embarazadas.

El parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. La detección de factores de riesgo o con exploración cervical de rutina no ha demostrado efectividad, mediante ultrasonido vaginal a las 24 y 28 semanas de gestación se observó que la menor longitud del cérvix se asocia con parto prematuro sin embargo no se ha conseguido la evidencia de que esto pueda mejorar los resultados neonatales. El incremento de la fibronectina fetal en vagina y cérvix incrementa 2 a 3 veces el riesgo de parto prematuro, no obstante la evidencia no es suficiente para establecer si su utilización puede mejorar los resultados perinatales.

Existe evidencia suficiente que demuestra que mientras más temprano, en cuanto a edad gestacional, se realice la ultrasonografía transvaginal se detectan casos en que la extensión de la placenta cubre el orificio cervical pero que se repite a las 32 a 35 semanas de gestación ya se ha liberado. En un estudio retrospectivo se demostró que cuando se detectó placenta previa en gestaciones de 15 a 19 semanas de gestación solo 12 % persistió hasta el nacimiento y cuando se identificó la placenta previa en gestaciones de 32 a 35 semanas de gestación persistió en 73% de los casos.

Se debe prescribir hierro y ácido fólico a la mujer embarazada con anemia pues en el embarazo también es frecuente la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico.

Identificar grupo sanguíneo y Rh negativo en la mujer embarazada es importante para prevenir enfermedad hemolítica del recién nacido. Aplicación de vacuna anti D en las primeras 72 horas posparto a mujeres Rh negativo quienes han tenido un bebe Rh positivo.

Se ha encontrado una incidencia de bacteriuria asintomática entre 2 a 10% en mujeres embarazadas con bajo estrato socioeconómico. Esto puede llevar a nacimientos pre-términos y pielonefritis.

La presencia de hepatitis B en la mujer embarazada es de 0.5 al 1%. El 21% de infección por virus de la hepatitis B se asocia a transmisión por la madre durante el nacimiento. Se debe realizar detección del virus de la hepatitis B durante la primera consulta prenatal. Así también realizar detección de VIH.

Porcentaje de anomalías fetales detectadas por ultrasonido de segundo trimestre

Sistema nervioso central	76%
Vías urinarias	67%
Pulmonares	50%
Gastrointestinales	42%
Oseas	24%
Cardiacas	17%

En todas las embarazadas se debe realizar un ultrasonido entre las 18 y 20 semanas para determinar anomalías estructurales.

Es conveniente la suplementación con ácido fólico en todas las mujeres embarazadas antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación, para evitar defectos del tubo neural.

La suplementación rutinaria de hierro no ofrece beneficios en la madre con cifras de hemoglobina normales ni a su producto. El hierro se ha asociado con irritación gástrica y alteración del tránsito intestinal.

En pacientes con déficit de calcio y alto riesgo de desarrollar pre-eclampsia la suplementación disminuye su incidencia. (17)(18)

El embarazo en adolescentes impone un mayor riesgo nutricional para la madre, pero que este aumento no es debido en primer lugar a la edad sino al bajo peso al inicio de la gestación.

El principal factor identificado que eleva el riesgo de bajo IMC al posparto es el bajo IMC pre-gestacional, que es más fácilmente modificable que la edad. Cuando una adolescente recibe una cantidad y calidad de controles adecuados desde antes de la concepción y luego durante la gestación, se pueden obtener resultados similares a las adultas.

Esto implica la promoción de una buena nutrición en el ciclo vital, una captación temprana del embarazo y una mejor atención en los controles en salud intensificando las acciones en alimentación y nutrición. (19)

Los productos para la suplementación a las embarazadas son tabletas de hierro (hierro polimaltosado) más ácido fólico en una sola presentación; cada comprimido contiene: Complejo de hidróxido de hierro (Polimaltosado equivalente a 60 mg de hierro elemental + 400ug de ácido fólico).

La norma establecida para la suplementación a embarazadas, indica que desde la primera consulta de la gestante a la unidad de salud, se le proporcionará mensualmente, una caja que contiene 30 tabletas.

Ventajas de la administración de hierro y ácido fólico

Mejora los depósitos de hierro, que además persiste hasta los seis meses posparto.

Disminuye el riesgo de prematuros y bajo peso al nacer.

Disminuye el riesgo de mortalidad materna posparto.

Disminuye la sintomatología por anemia (cansancio, apatía).

Mejora el crecimiento intrauterino y optimiza el crecimiento y desarrollo del feto.

Disminuye el riesgo de afección del sistema nervioso central del recién nacido. (20)

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sarda (Argentina) se estructuró un programa de atención a adolescentes embarazadas con atención precoz y multidisciplinaria en cuidados perinatales disminuyendo a casi igual los riesgos de las adolescentes embarazadas con respecto a las de grupo de edad media, llamado PROAMA. De igual manera la importancia de estructurar programas en nuestro país para disminuir los riesgos en nuestras adolescentes embarazadas y así mismo a sus hijos. (21)

La gestación y el parto en adolescentes acarrearán riesgos diversos y complicaciones trascendentes. Niñas de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de otros niños cada año y mueren más por causas relacionadas con un embarazo, parto o puerperio patológico que por ninguna otra razón. Se estima que la probabilidad de morir de una adolescente se duplica respecto a la de una mujer en edad óptima para gestar y parir. Y si su edad es inferior a 15 años la probabilidad de riesgo se quintuplica. Además, los hijos de las adolescentes constituyen un grupo de infantes de muy alto riesgo, tanto, que su mortalidad en el primer año de vida es 1,5 veces mayor que en los nacidos de féminas de 20- 29 años.

No obstante el pronóstico para la adolescente embarazada y su hijo se modifica, en forma positiva, cuando la pareja, familia y sociedad identifica y reconoce individualmente el problema, así como existe valentía política y respaldo jurídico consecuente para enfrentarlo, de modo que se ofrezca una adecuada atención médica en vida pre-concepción y pos-concepción a la pareja, la gestante y su hijo. (22)

Directrices de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de países en desarrollo.

En los países en desarrollo más del 30% de las niñas se casa antes de cumplir los 18 y cerca del 14% lo hace antes de los 15 años. El matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo para el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos. Además, el matrimonio temprano perpetúa el ciclo de poca educación y pobreza.

En muchos países la ley no prohíbe el matrimonio antes de los 18 años de edad, y cuando lo hacen, estas leyes no se cumplen. Los responsables de políticas deben aprobar e implementar leyes que prohíban el matrimonio de jóvenes menores de 18 años.

En el mundo de hoy hay más niñas asistiendo a la escuela que nunca antes en la historia. La educación de las niñas tiene efectos positivos sobre su salud, la salud de sus hijos y la de sus comunidades. Asimismo, las niñas que asisten a la escuela tienen menos probabilidad de casarse a una edad temprana.

A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo. En las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva a una de cada tres mujeres.

Las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar anticonceptivos que las mujeres adultas, aún en aquellos lugares en los cuales los anticonceptivos son fáciles de obtener.

Legislar el acceso a la información y los servicios de anticoncepción. En muchos lugares, las leyes y políticas impiden la entrega de anticonceptivos a las adolescentes solteras o más jóvenes. Los responsables de políticas deben intervenir para permitir que todas las adolescentes puedan obtener anticonceptivos.

Las limitaciones financieras pueden incidir negativamente en el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes más pobres. Para aumentar su utilización, los responsables de políticas deben considerar reducir el costo financiero de los anticonceptivos para las adolescentes.

Es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud. La provisión de servicios debe ser amigable y responder a las necesidades de las adolescentes.

En muchos países las niñas son obligadas a tener relaciones sexuales, a menudo por parte de miembros de la familia. Más de un tercio de las niñas en algunos países declararon que su primera relación sexual fue bajo coacción.

Las adolescentes pueden sentirse impotentes frente a la coacción sexual. Es necesario empoderarlas para que se protejan a sí mismas, y para que pidan y obtengan asistencia eficaz. Los programas que fortalecen la autoestima, desarrollan habilidades para la vida, y mejoran los vínculos con las redes y apoyos sociales pueden ayudar a las adolescentes a oponerse a las relaciones sexuales no deseadas.

Los varones pueden ver la violencia de género y la coacción sexual como algo normal. Deben ser convocados a desarrollar una mirada crítica sobre los efectos negativos de esas actitudes sobre las niñas, mujeres, familias y comunidades. Esto podría persuadirlos a cambiar sus actitudes y a abstenerse de comportamientos violentos y coercitivos.

Se estima que cada año se practican alrededor de 3 millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Los abortos inseguros contribuyen sustancialmente a las muertes maternas y a problemas crónicos de salud.

Al enfrentarse a un embarazo no deseado, es posible que las adolescentes recurran a abortos ilegales e inseguros. Todas las adolescentes deben recibir información sobre los riesgos de un

aborto inseguro. En los países donde el aborto es legal, las adolescentes deben recibir información sobre dónde y cómo obtener esos servicios.

Incluso en lugares donde el aborto es legal, las adolescentes a menudo no logran o no quieren obtener abortos seguros debido a la actitud crítica del personal de salud y a lo engorroso de las normas y procedimientos. Los gerentes y proveedores de servicios de salud deben identificar las barreras existentes y eliminarlas para que las adolescentes puedan obtener servicios de aborto seguro, atención posaborto, e información y servicios de anticoncepción posaborto.

En algunos países, es menos probable que las adolescentes obtengan atención calificada antes, durante y después del parto.

La atención obstétrica de emergencia es una intervención que puede salvar vidas. Los responsables de política pública deben intervenir para ampliar el acceso a servicios de emergencia obstétrica, especialmente para las adolescentes embarazadas.

Las adolescentes embarazadas deben obtener todo el respaldo que necesitan para poder prepararse adecuadamente para el parto y posibles emergencias, incluyendo la elaboración de un plan de parto. La preparación para el parto y para posibles emergencias debe estar integrada a la atención prenatal. (23)

Crear una iniciativa orientada a brindar servicios de consejería personalizada al colectivo de adolescentes embarazadas, realización de procesos formativos y recreativos enfocados a fortalecer los conocimientos en todos los aspectos relacionados con el embarazo, parto, puerperio, pautas de crianza, entre otros. Honduras. (24)

La malnutrición por defecto es crítica en el período gestacional al traer consigo resultados adversos para la salud materna, fetal y del recién nacido. Puede llevar a presentar mayor incidencia de ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pre-término, ganancia insuficiente de peso, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas, parto pre-término, bajo peso al nacer, distrés respiratorio, endometritis y sepsis urinaria. (25)

La anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo es considerada responsable del 20% de las muertes durante el parto. 115,000 muertes maternas por año resultan en la pérdida de 3-4 millones de años vida ajustados por discapacidad atribuibles a este factor de riesgo.

La desnutrición materna e infantil es la causa subyacente de 3.5 millones de muertes, el 35% de la carga de morbilidad en los niños menores de 5 años y el 11% del total de años de vida perdidos por discapacidad.

Consecuencias de anemia durante el embarazo:

Mayor riesgo de muerte materna

Mayor riesgo de aborto y muerte perinatal e infantil

Anomalías congénitas

Bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino

Mayor susceptibilidad a infecciones.

Acciones:

La suplementación y fortificación con micronutrientes son intervenciones de probada efectividad para prevenir estas deficiencias.

La fortificación tiene una mayor razón de costo-beneficio que la suplementación.

La fortificación de arroz se ha implementado en varios países como una estrategia con potencial para prevenir la deficiencia. (26)

El CLAP es un programa importante a nivel de América Latina creado para poder brindar una mejor asesoría a los adolescentes en el sistema informativo del adolescente; en este programa se incluye todo el historial del mismo además de lo relacionado con el ámbito de la adolescente embarazada. (27)

El médico debe insistir en los riesgos que implican las infecciones de transmisión sexual y el embarazo a edad temprana, en la conveniencia de posponer el inicio de relaciones sexuales o cuando ya se practican que éstas se realicen de manera reflexiva y segura. Además de difundir el uso de métodos anticonceptivos.

Cuando las actitudes del personal de salud no generan la confianza de las adolescentes, éstas no manifiestan abiertamente sus verdaderos motivos de percepción, como temas referidos a la sexualidad, infecciones de transmisión sexual, adicciones, o problemas nutricionales.

La atención integral de las adolescentes debe ser interdisciplinaria, cambiando el foco de atención centrada en la disciplina misma por el de la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, sin límites disciplinarios (control de factores de riesgo, embarazo de la adolescente, deserción escolar).

Los riesgos del parto se pueden reducir acudiendo con el personal de salud más cercano, para efectuar revisiones periódicas durante el embarazo.

Todas las consultas prenatales deben ser llevadas por personas capacitadas

Para reducir los riesgos o complicaciones durante el embarazo y/o parto-puerperio todos los integrantes de las familias deben conocer los datos de alarma

Una mujer embarazada en la adolescencia necesita de una dieta adecuada ya que aún se encuentra en etapa de desarrollo y crecimiento. Aunado a las necesidades propias del embarazo.

Los embarazos futuros deben espaciarse por lo menos 24 a 36 meses posterior al término del actual independiente de la vía de resolución.

Para esto se requiere desarrollar programas de información y servicios permanentes y sistemáticos de educación sexual para adolescentes, a partir de sus características específicas que faciliten los alcances de la salud reproductiva

Las quejas registradas en CONAMED son reflejo de la atención médica proporcionada a las adolescentes; esto hace necesario incrementar la promoción de la salud, principalmente sobre educación sexual, para evitar embarazos no deseados; control prenatal para mejorar la calidad de la atención y prevenir eventos adversos en este grupo. (28)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El riesgo perinatal en las adolescentes sin comorbilidad pre-gestacional sigue siendo una de las principales áreas de interés para el ginecólogo-obstetra debido al aumento de patologías que se presentan con mayor frecuencia en este grupo de edad. Se pretende valorar la frecuencia de estas patologías y su repercusión en la paciente durante la etapa perinatal. Así como también poder prevenir con ello estas patologías en otras pacientes o en estas mismas en un embarazo futuro.

El riesgo perinatal se presenta con mayor frecuencia en las adolescentes sin comorbilidad pre-gestacional que en el resto de las mujeres.

JUSTIFICACION

El Hospital Juárez de México atiende a un tipo de población que se caracteriza por pertenecer a una clase social baja con las implicaciones culturales, ambientales y sociales, aunado a la edad temprana del embarazo y lo que esto condiciona.

El presente trabajo tuvo como finalidad conocer la frecuencia del riesgo perinatal en adolescentes embarazadas.

Así mismo conocer las complicaciones perinatales de estas pacientes que acudieron y poder fomentar las pautas necesarias para disminuir tales riesgos en las mismas y en futuras pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de riesgo perinatal en las adolescentes, sin comorbilidad pre-gestacional

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar la frecuencia de las principales patologías que se presentan en las adolescentes durante la etapa perinatal, sin comorbilidad pre-gestacional.

HIPOTESIS

La frecuencia de patologías en las adolescentes sin comorbilidad pre-gestacional tiene impacto en el desarrollo de su gestación y resolución obstétrica

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué frecuencia de patología perinatal se presenta en adolescentes embarazadas que no tienen comorbilidad pre-gestacional?

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, longitudinal, clínico, no experimental, descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes adolescentes sin comorbilidad pre-gestacional ingresadas por el servicio de consulta externa y servicio de urgencias de ginecología y obstetricia, bajo el criterio de inclusión, no inclusión y eliminación, a partir de las 13 o más semanas de edad gestacional entre el periodo comprendido del 1ero de septiembre de 2013 al 30 de junio de 2014.

El presente estudio se realizó en el Hospital Juárez de México, dentro de un período de 10 meses, comprendiendo del 1ero de septiembre de 2013 al 30 de junio de 2014.

Seleccionándose el grupo de mujeres embarazadas adolescentes, a partir de las 13 semanas de gestación o más. Sin comorbilidad pre-gestacional.

UNIVERSO DE TRABAJO

Lo constituyen las pacientes embarazadas adolescentes a partir de la semana 13 de edad gestacional o más sin comorbilidad pre-gestacional que fueron ingresadas por el servicio de consulta externa y servicio de urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital Juárez de México y que lleven su control prenatal y/o hayan resuelto su evento obstétrico en este hospital en el período comprendido del 1ero de septiembre de 2013 al 30 de junio de 2014.

CRITERIOS DE INCLUSION

Paciente embarazada de 10 a 19 años de edad
Embarazo de más de 13 semanas de gestación
Sin comorbilidad pre gestacional

CRITERIOS DE NO INCLUSION

Paciente embarazada de 20 años de edad o más

Pacientes embarazadas de menos de 19 años edad con comorbilidad pre-gestacional y/o menos de 13 semanas de gestación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que pidieron su alta voluntaria sin recibir atención en Hospital Juárez de México.

Pacientes que no acuden a su control prenatal

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Embarazada de 10 a 19 años de edad de más de 13 semanas de gestación, sin comorbilidad pre-gestacional.

VARIABLES DEPENDIENTES

Edad

Estado civil

Escolaridad

Nivel socioeconómico

Amenaza de parto pre término

Infección de vías urinarias

Cervicovaginitis

Ruptura prematura de membranas

Índice de líquido amniótico

Resolución

Método de planificación familiar

Índice de masa corporal

Anemia

Hemorragia obstétrica

Enfermedad hipertensiva inducida del embarazo

Trombocitopenia gestacional

Consultas prenatales

Diabetes gestacional

Capurro

APGAR

Peso del recién nacido

Malformaciones

Patología del recién nacido

CONSIDERACIONES ETICAS

No aplica.

RIESGO DE INVESTIGACIÓN

Riesgo menor al mínimo

RECURSOS

PERSONAL: Residente de Ginecología y Obstetricia de 4º año Hospital Juárez de México (1)

MATERIALES: Expedientes

FINANCIEROS: Ninguno

ANALISIS ESTADISTICO

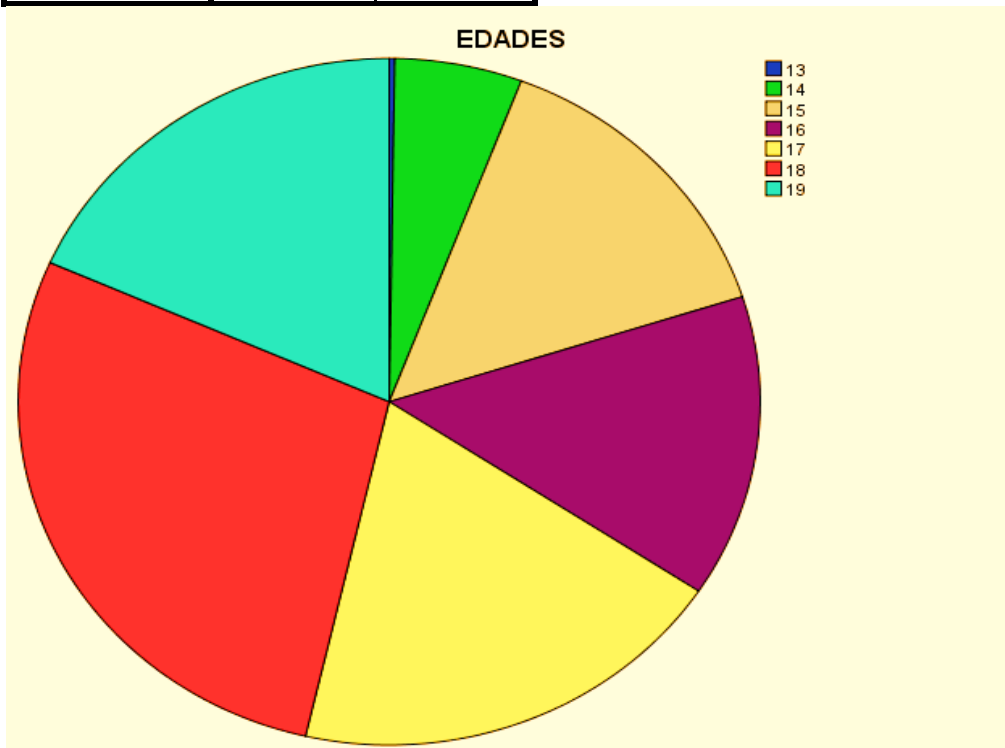
Se utiliza programa estadístico SPSS 22 Se determina la frecuencia, la mediana de tendencia central, de las variables de estudio mencionadas.

RESULTADOS

Dentro de los resultados obtenidos se observa que de las 414 pacientes se observa que de acuerdo a la edad referida en adolescencia temprana (10-15 años) y adolescencia tardía (16-19 años) la edad temprana comprende 24 pacientes equivalente a 5.8 % y la edad tardía comprende 390 pacientes equivalente al 94.2 %. Con la moda de edad de 18años, con mínimo de 13 y máximo de 19años.

TABLA 1. EDADES

	Frecuencia	Porcentaje
Válido 13	1	.2
14	23	5.6
15	59	14.3
16	59	14.3
17	80	19.3
18	116	28.0
19	76	18.4
Total	414	100.0

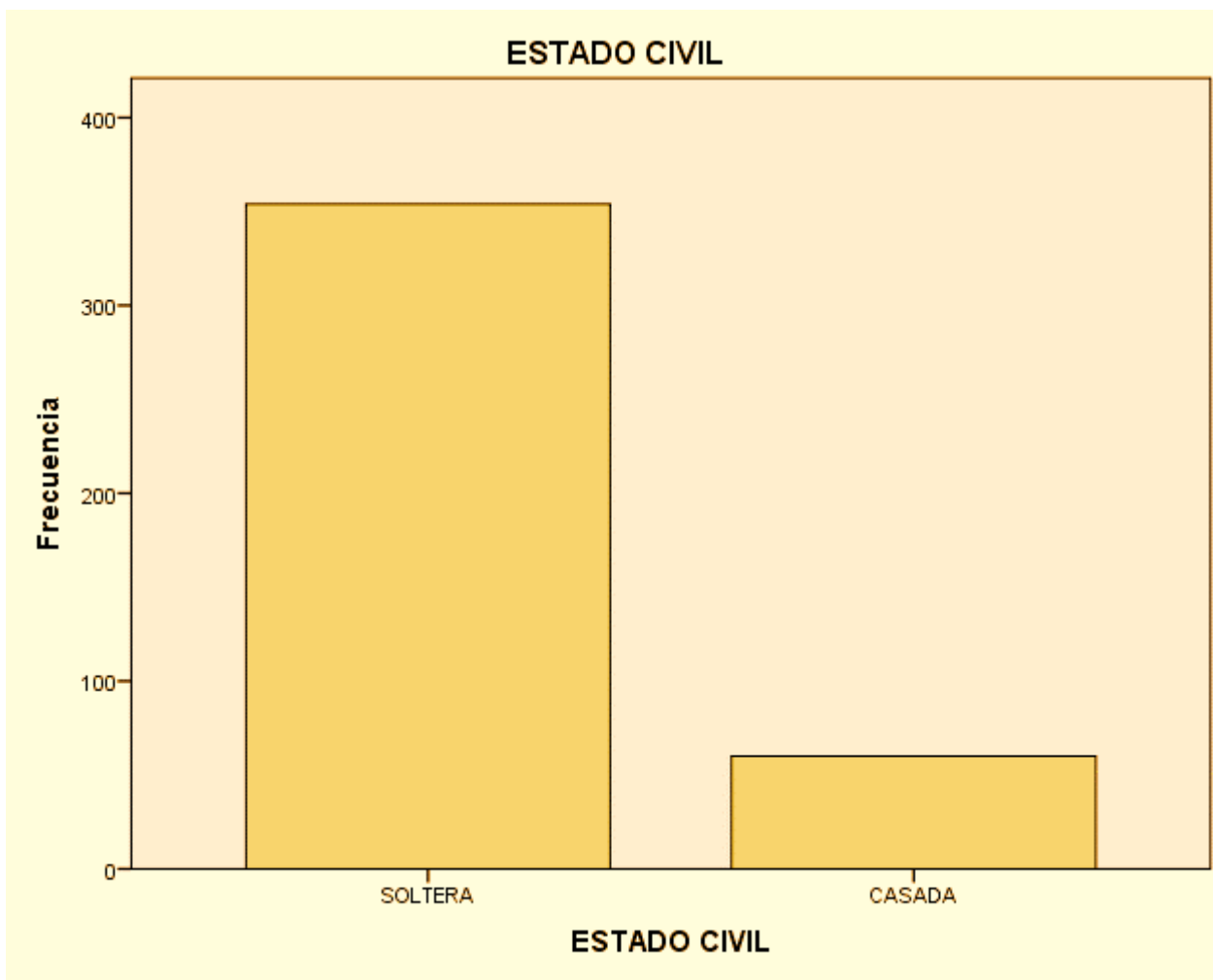


GRAFICA 1. EDADES

Acorde al estado civil se divide en dos categorías en solteras corresponde a 354 pacientes equivale al 85.5 %, y casadas corresponde a 60 pacientes equivale a 14.5 %.

TABLA 2. ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SOLTERA	354	85.5
	CASADA	60	14.5
	Total	414	100.0

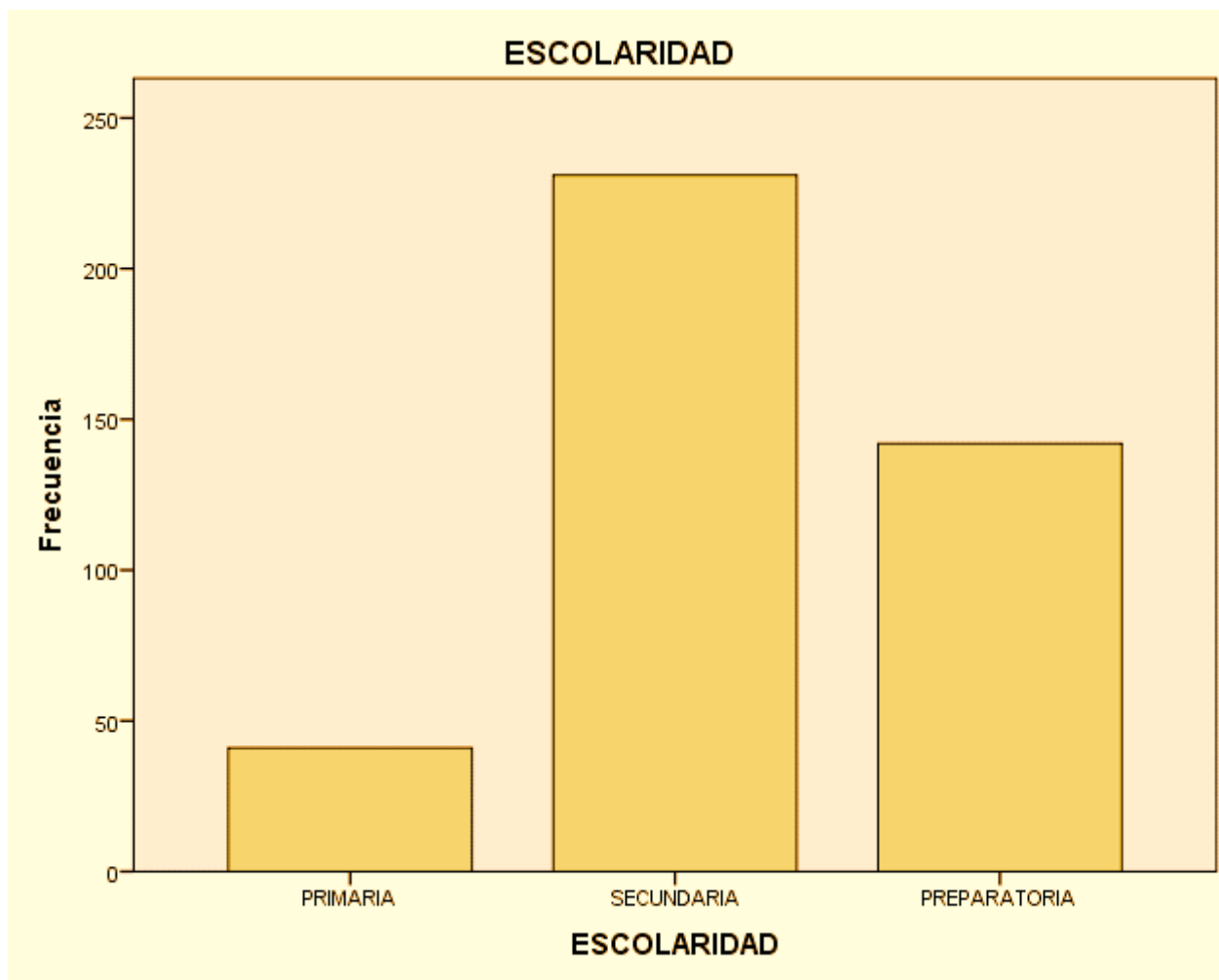


GRAFICA 2. ESTADO CIVIL

En cuanto a la categoría de escolaridad se clasifica en primaria correspondiendo a 41 pacientes equivalente al 9.9 %, secundaria corresponde 231 pacientes equivalente a 55.8 %, preparatoria corresponde a 142 pacientes equivale a 34.3 %. Moda de 2 equivale a secundaria.

TABLA 3. ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRIMARIA	41	9.9
	SECUNDARIA	231	55.8
	PREPARATORIA	142	34.3
	Total	414	100.0

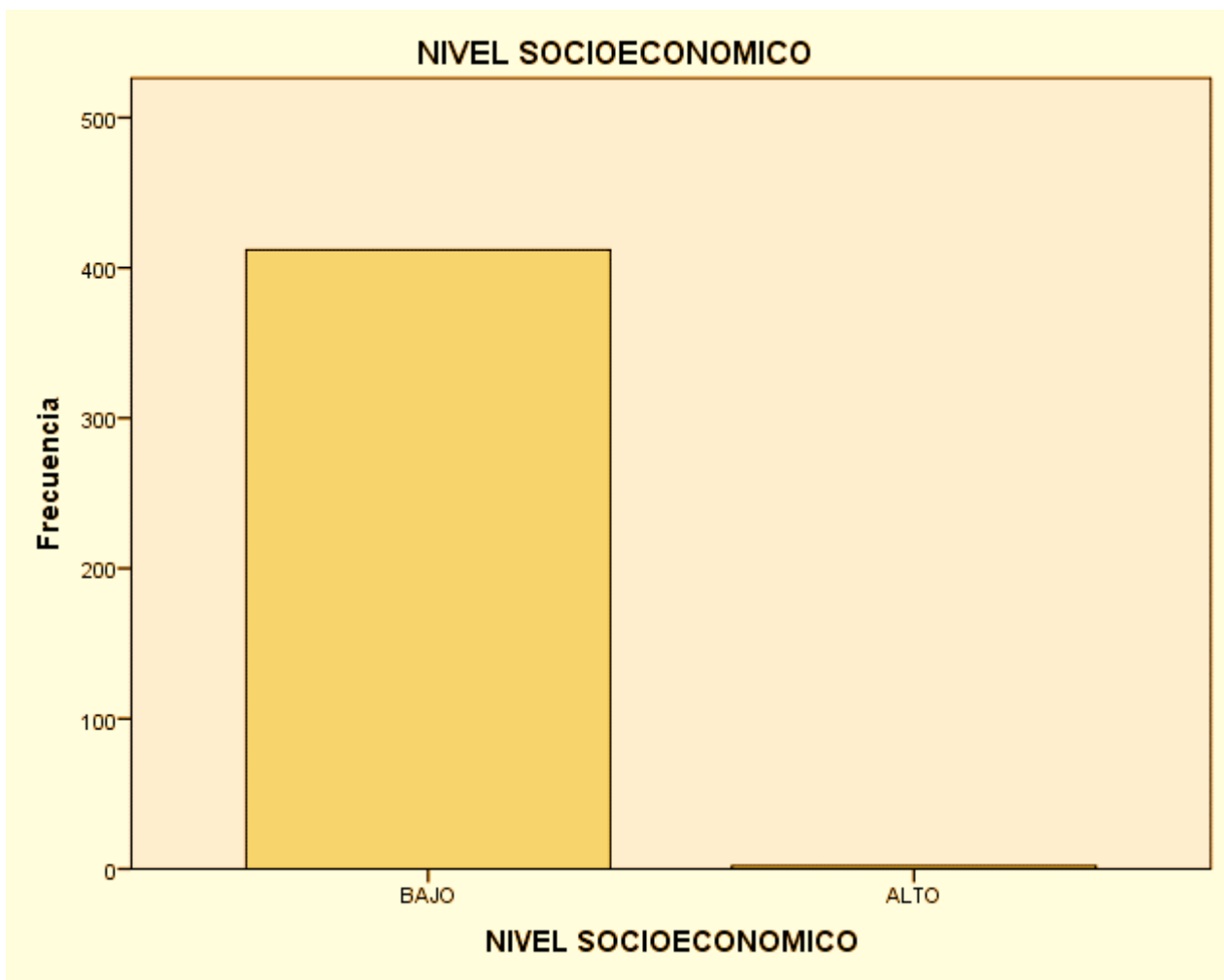


GRAFICA 3. ESCOLARIDAD

De la categoría de nivel socioeconómico se clasifica en bajo corresponde a 412 pacientes equivale al 99.5 % y alto corresponde a 2 pacientes equivale a 0.5 %.

TABLA 4. NIVEL SOCIOECONOMICO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido BAJO	412	99.5
ALTO	2	.5
Total	414	100.0

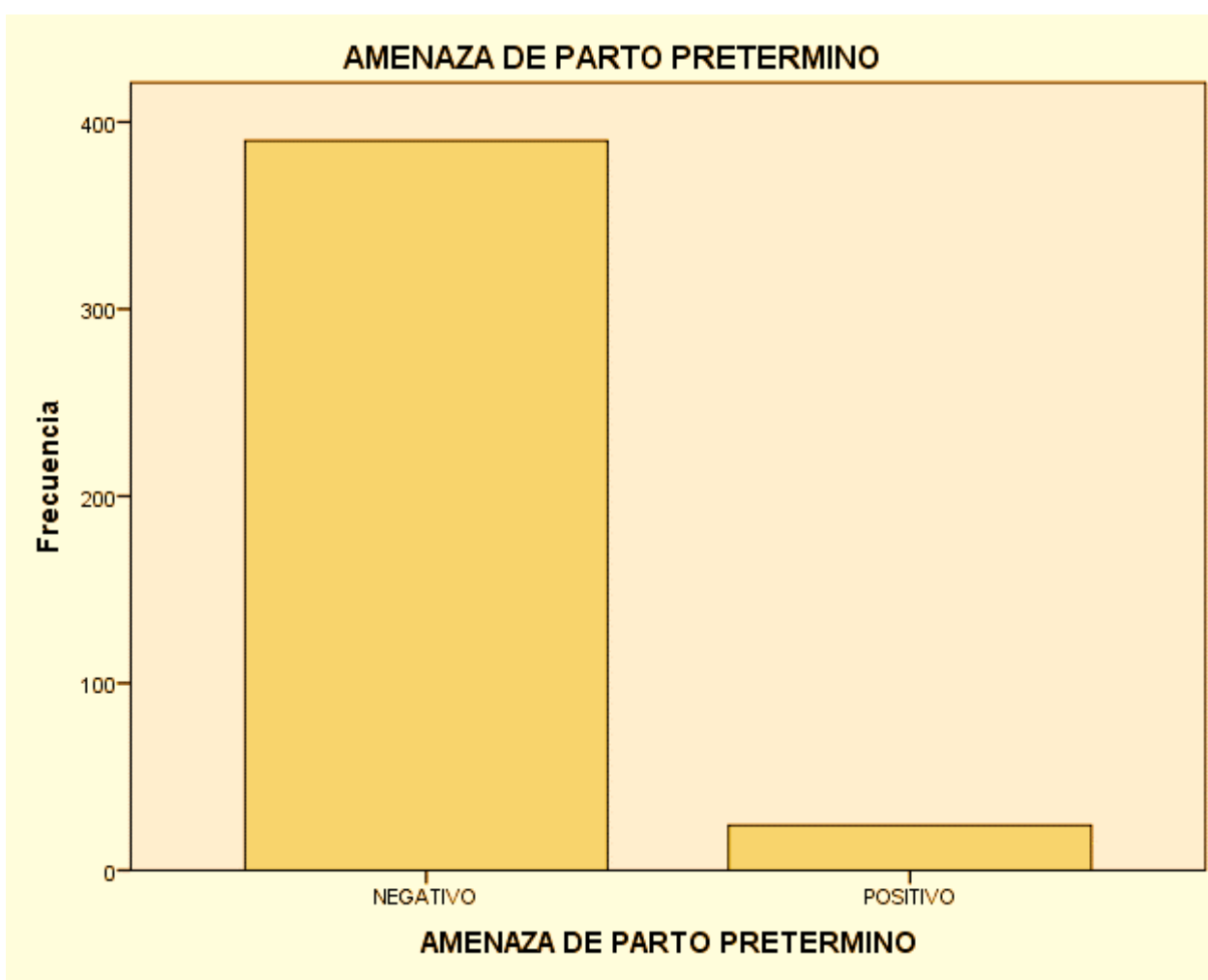


GRAFICA 4. NIVEL SOCIOECONOMICO

De la presencia de amenaza de parto pre-término (presencia de actividad uterina de 4 a 6 contracciones en 1 hora con menos de 2 cm de dilatación y menos de 80 % de borramiento, de las 20.1 a las 36.6 semanas de gestación) corresponden a 24 pacientes equivalente al 5.8 %.

TABLA 5. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NEGATIVO	390	94.2
	POSITIVO	24	5.8
	Total	414	100.0



GRAFICA 5. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

La infección de vías urinarias (con la presencia de más de 100,000 UFC de un solo organismo en un urocultivo) se presentó en 77 pacientes equivalente al 18.6 %.

TABLA 6. INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NEGATIVO	337	81.4
	POSITIVO	77	18.6
	Total	414	100.0

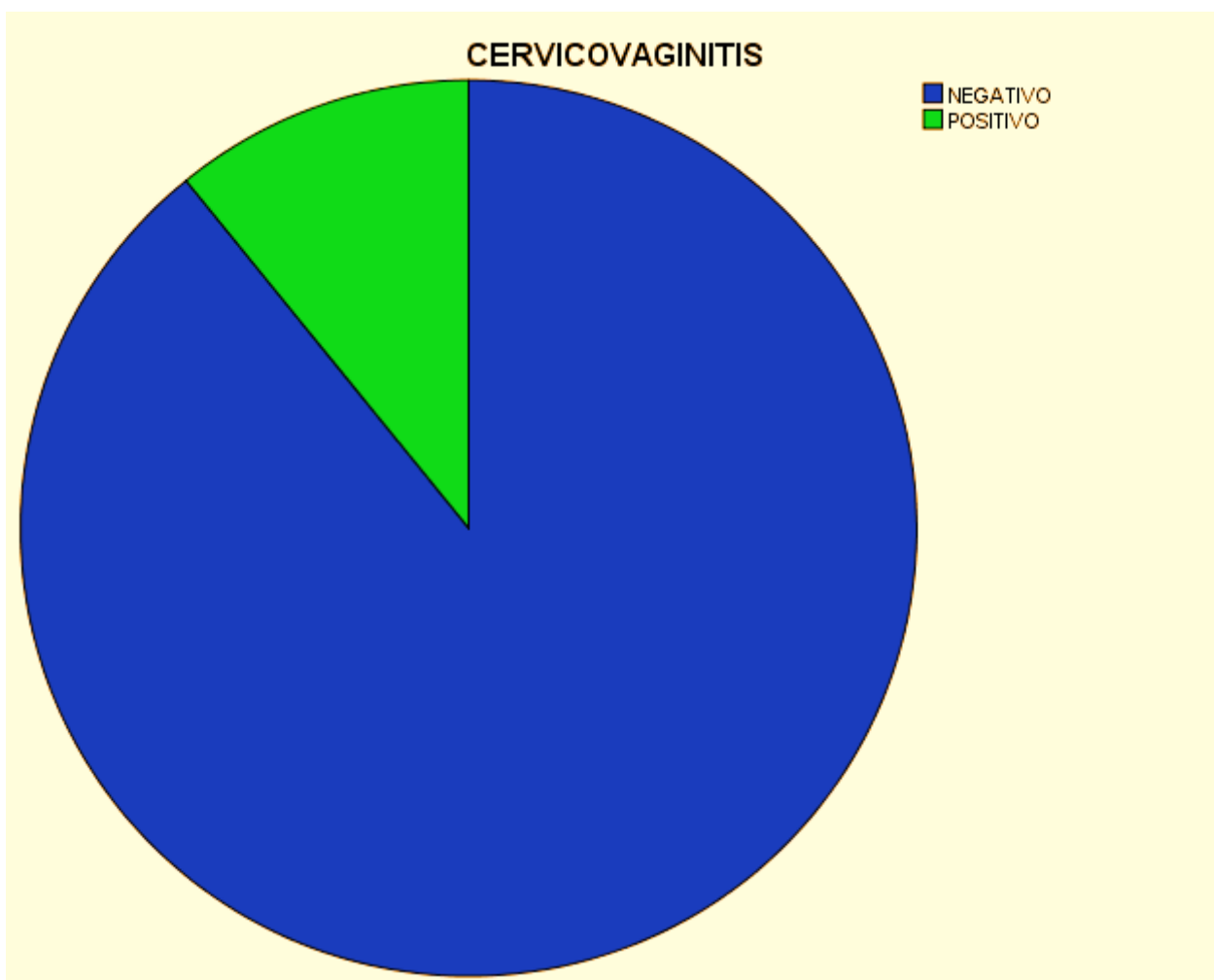


GRAFICA 6. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

Dentro de los 414 pacientes se presentó la cervicovaginitis (presencia de patógeno en exudado vaginal) en 45 pacientes equivalente al 10.9 %.

TABLA 7. CERVICOVAGINITIS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NEGATIVO	369	89.1
	POSITIVO	45	10.9
	Total	414	100.0

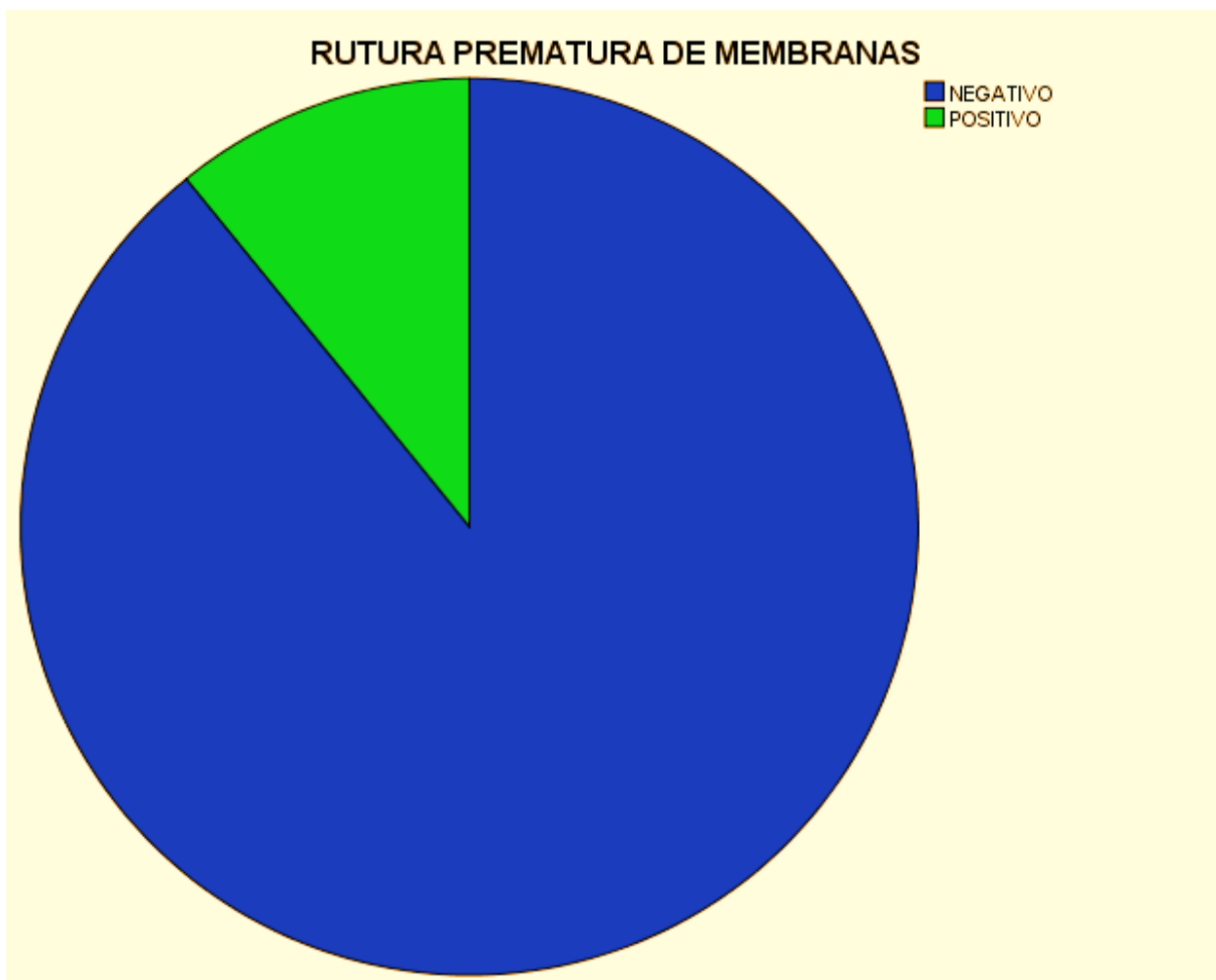


GRAFICA 7. CERVICOVAGINITIS

La ruptura prematura de membranas (dentro de las 20.1 a las 36.6 semanas de gestación, confirmada por cristalografía, con valsalva y Tarnier positivo) corresponde a 45 pacientes equivalente al 10.9 %.

TABLA 8. RUTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NEGATIVO	369	89.1
	POSITIVO	45	10.9
	Total	414	100.0

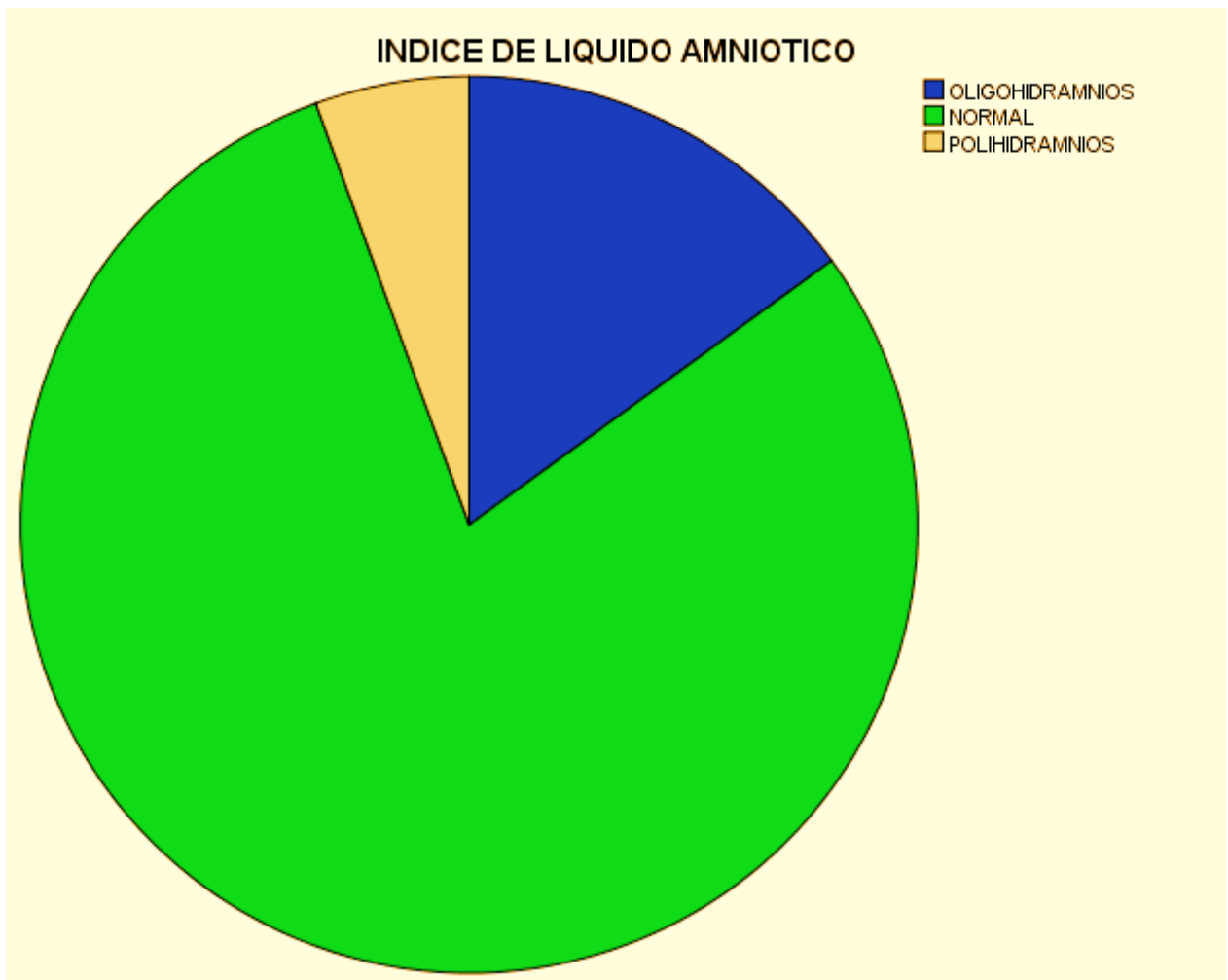


GRAFICA 8. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

De la presencia de oligohidramnios de acuerdo a la presencia de menos de 3cc por pool en índice de Chamberlain y menor de 8cc en índice Phelan corresponden a 62 pacientes equivale al 15%, y de la presencia de polihidramnios correspondiendo a un pool mayor de 5 cc por índice de Chamberlain y mayor de 18 cc por Phelan corresponde a 23 pacientes equivale a 5.6 % el resto del total de 414 pacientes estuvieron dentro de los límites normales de líquido amniótico. La moda es de 2 equivale a ILA normal.

TABLA 9. INDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	OLIGOHIDRAMNIOS	62	15.0
	NORMAL	329	79.5
	POLIHIDRAMNIOS	23	5.6
	Total	414	100.0

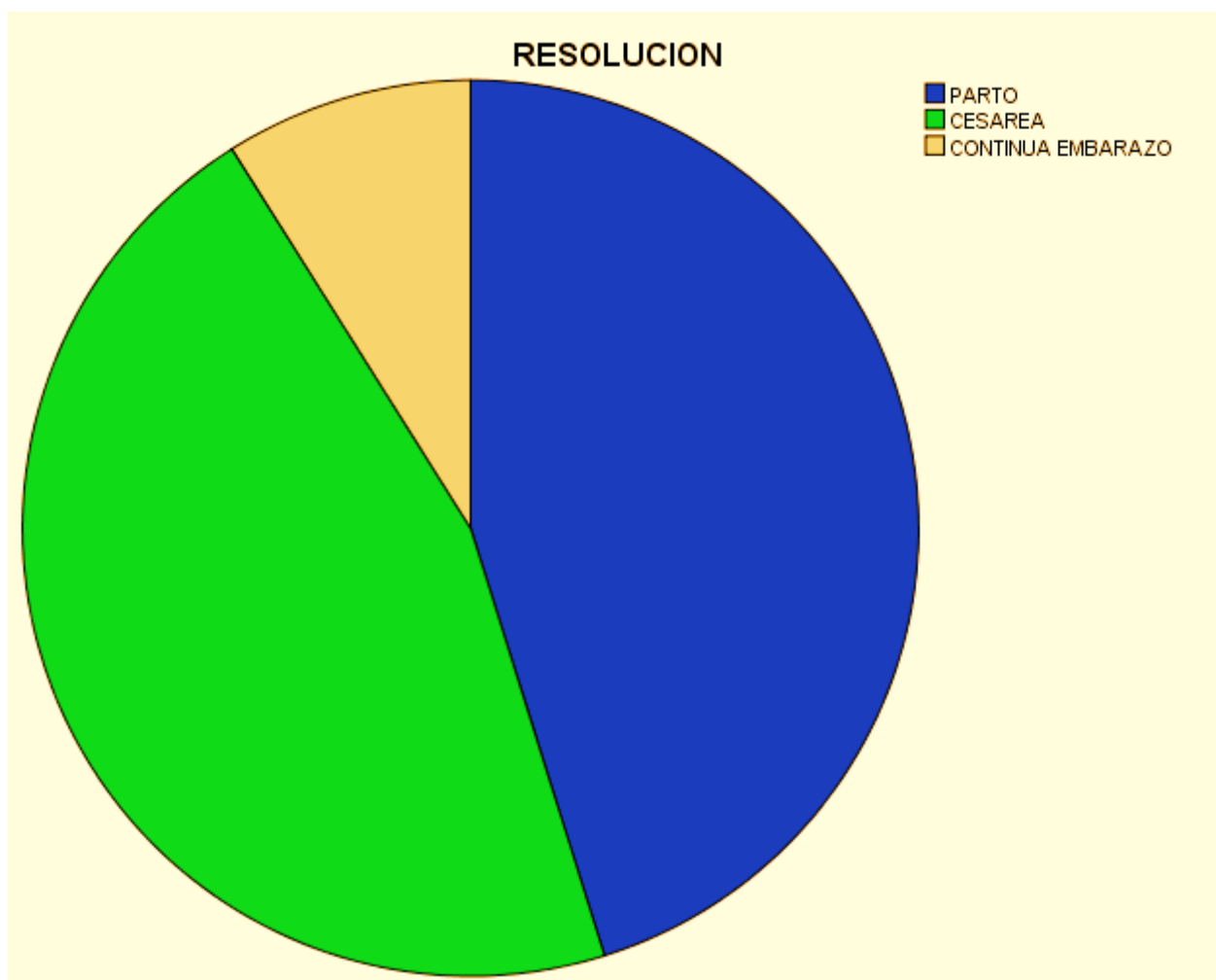


GRAFICA 9. INDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO

Dentro de la categoría de resolución se presentó parto en 187 pacientes equivalente al 45.2 %, cesárea corresponde a 190 pacientes equivalente al 45.9 % y las pacientes que continúan su embarazo 37 pacientes equivale al 8.9 %. Moda de 2 equivale a cesárea.

TABLA 10. RESOLUCION

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PARTO	187	45.2
	CESAREA	190	45.9
	CONTINUA EMBARAZO	37	8.9
	Total	414	100.0

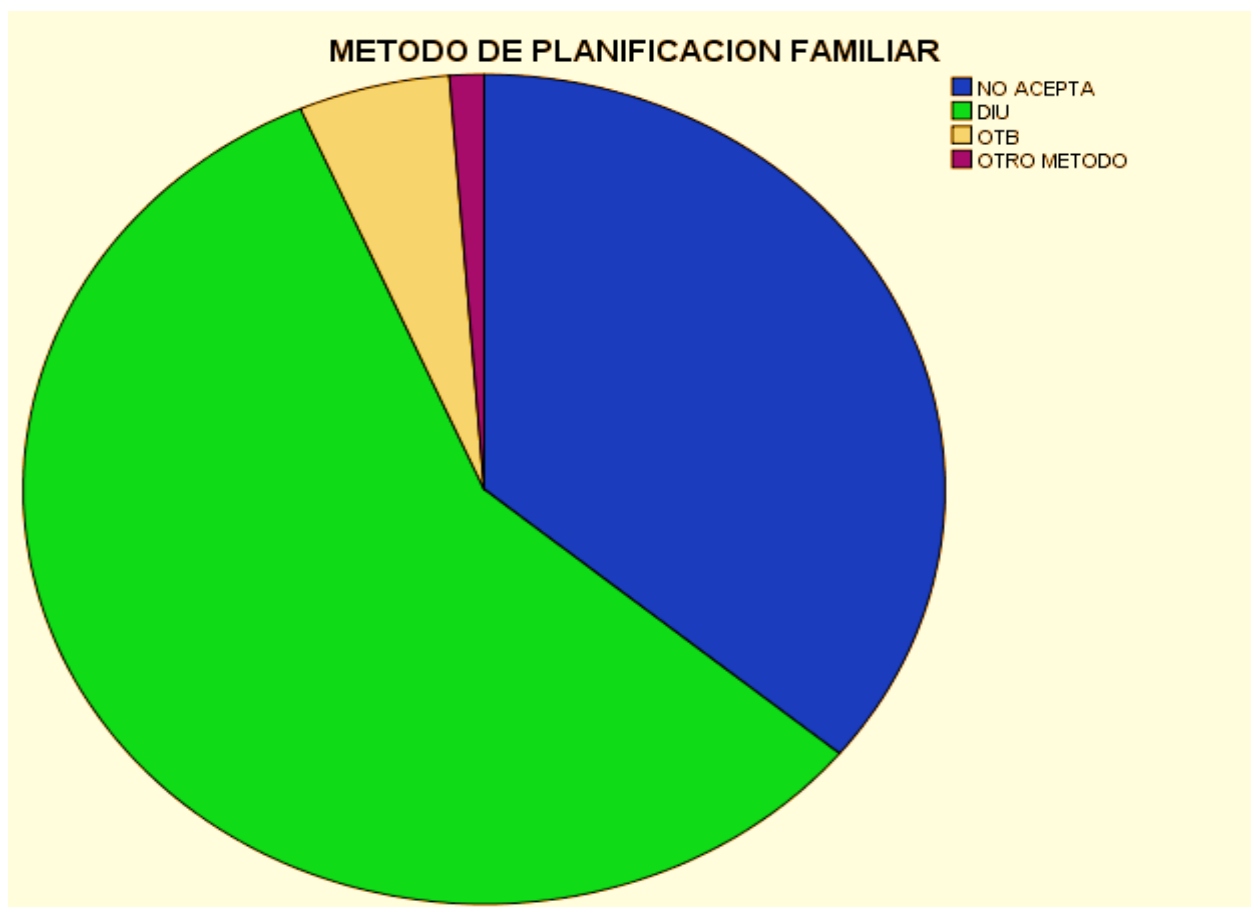


GRAFICA 10. RESOLUCION

De los métodos de planificación familiar se utilizó dispositivo intrauterino 238 pacientes equivalente al 57.5 %, oclusión tubaria bilateral correspondió a 22 pacientes equivale al 5.3 %, otros métodos correspondieron a 5 pacientes equivale al 1.2 %, y de las pacientes que no aceptaron método 149 pacientes equivale a 36 %. Moda de 2 equivale a DIU.

TABLA 11. METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO ACEPTA	149	36.0
	DIU	238	57.5
	OTB	22	5.3
	OTRO METODO	5	1.2
Total		414	100.0

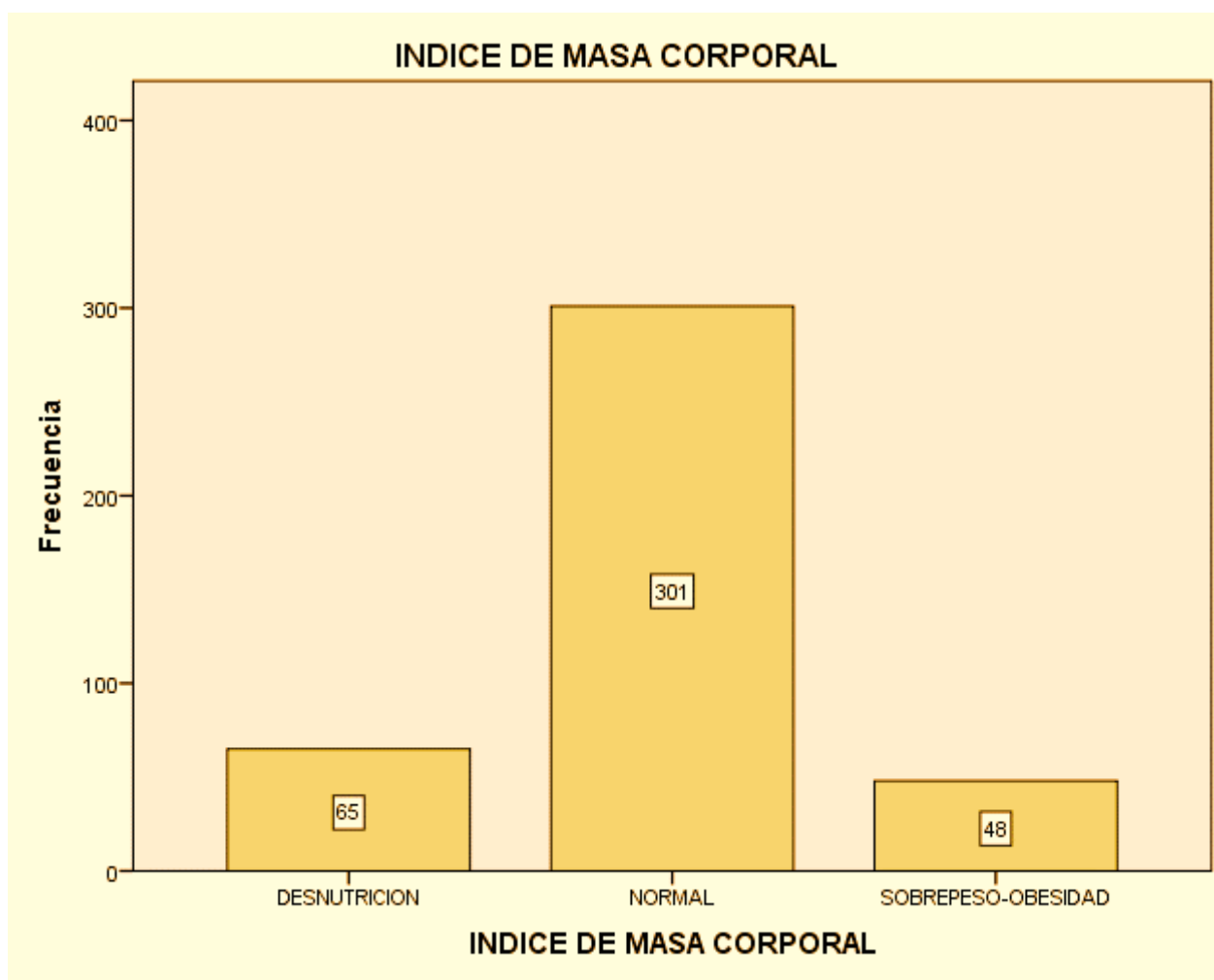


GRAFICA 11. METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

De acuerdo con el índice de masa corporal se clasifico en desnutrición en parámetros menores de 21 acorde con el IMC correspondió a 65 pacientes equivale a 15.7 %, en categoría de sobrepeso y obesidad en parámetros mayores de 25 en IMC correspondió a 48 pacientes equivale al 11.6 %, el restante 301 pacientes equivale a 72.7 % se encontró en parámetros normales.

TABLA 12. INDICE DE MASA CORPORAL

	Frecuencia	Porcentaje
Válido DESNUTRICION	65	15.7
NORMAL	301	72.7
SOBREPESO-OBESIDAD	48	11.6
Total	414	100.0

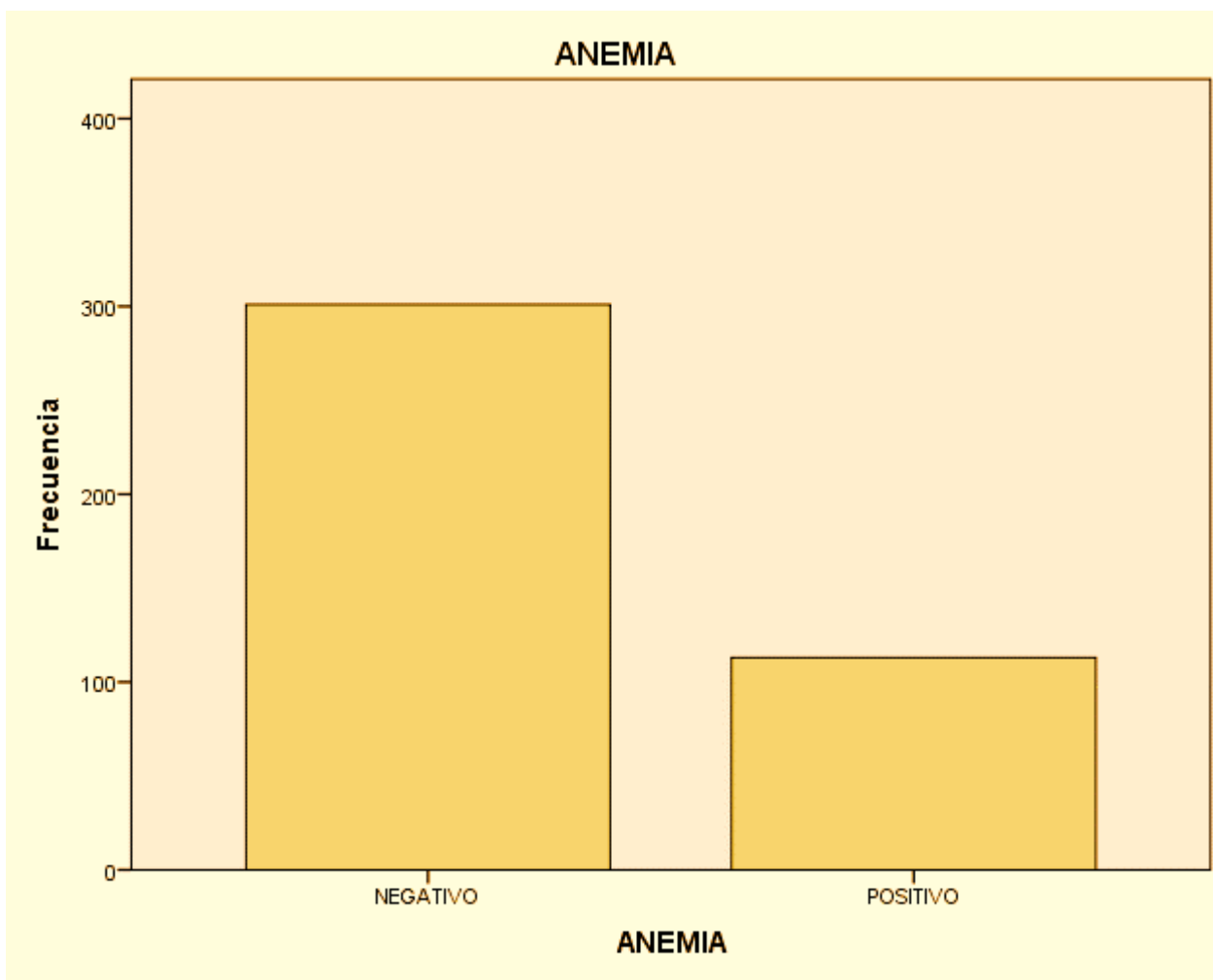


GRAFICA 12. INDICE DE MASA CORPORAL

La presencia de anemia definida como la presencia de Hemoglobina menor de 11 gr/dl en una muestra central de sangre, se encontró en 113 pacientes equivalente al 27.3 %.

TABLA 13. ANEMIA

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NEGATIVO	301	72.7
POSITIVO	113	27.3
Total	414	100.0

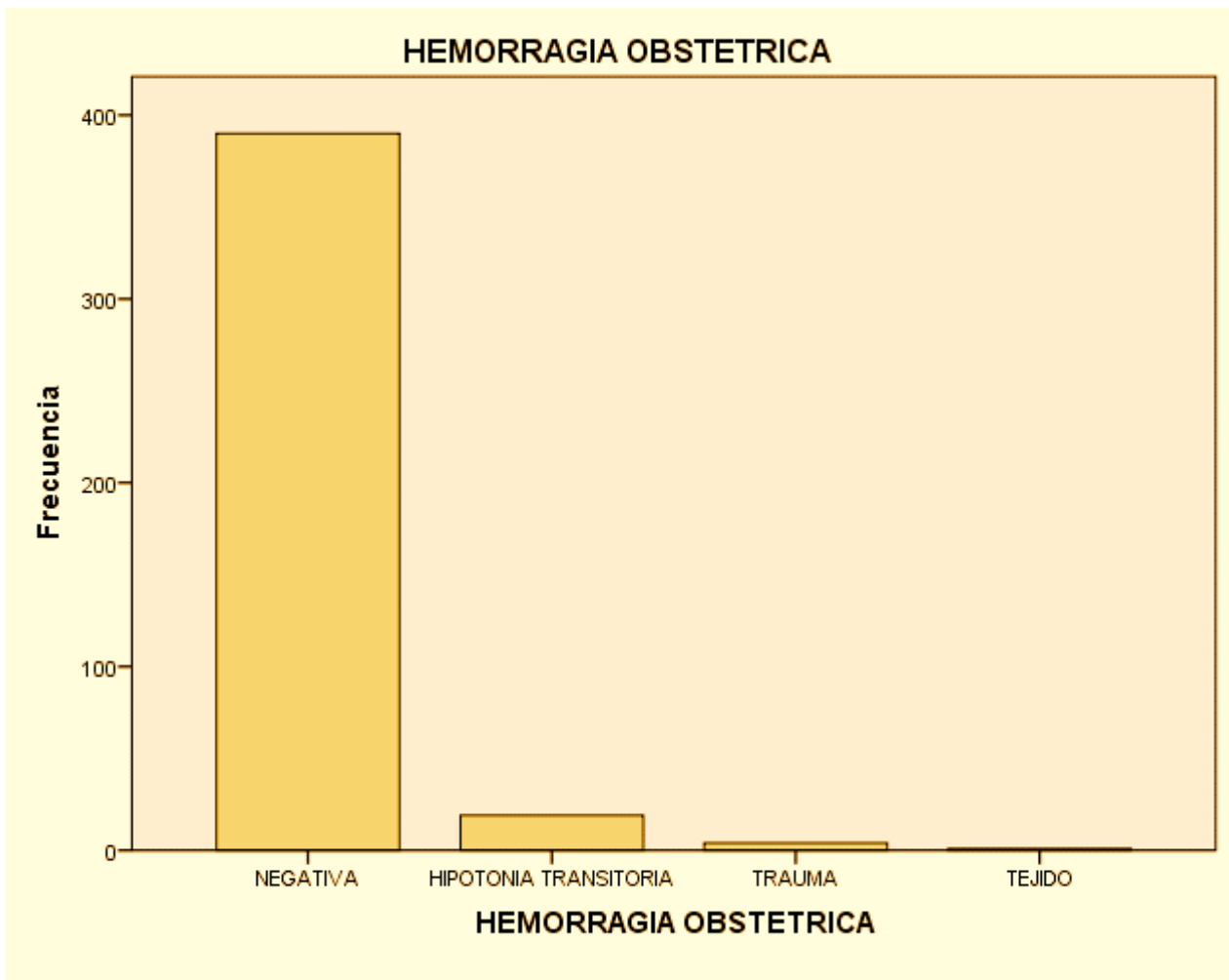


GRAFICA 13. ANEMIA

La hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea de más de 500cc en parto y más de 1000cc en cesárea, así como también la disminución hemoglobina de 3 gr/dl en una muestra central de sangre posterior a las 24 horas del procedimiento y /o disminución del 10 % del hematocrito, correspondió a 24 pacientes equivalente a 5.8%, dentro de las causas se presentó hipotonía uterina transitoria en 19 pacientes equivalente a 4.6 %, trauma corresponde a 4 %, y restos de tejido correspondió a una paciente equivalente a 0.2 %, y de las pacientes que no presentaron hemorragia obstétrica corresponde a 390 pacientes equivalente a 94.2 %.

TABLA 14. HEMORRAGIA OBSTETRICA

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NEGATIVA	390	94.2
HIPOTONIA TRANSITORIA	19	4.6
TRAUMA	4	1.0
TEJIDO	1	.2
Total	414	100.0

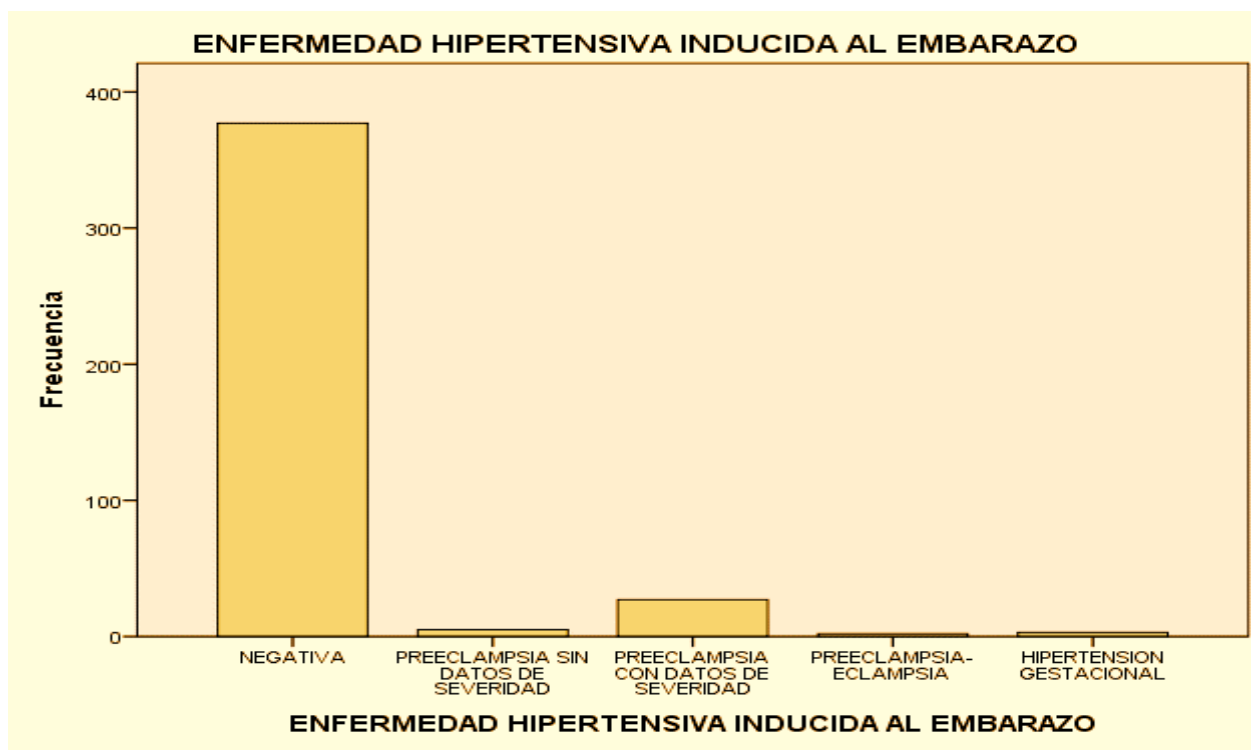


GRAFICA 14. HEMORRAGIA OBSTETRICA

La enfermedad hipertensiva inducida al embarazo se define como la presencia de TA elevada mayor de 140/90 en 2 ocasiones en un lapso de 6 horas y hasta 7 días, aunado a la presencia de proteinuria en recolección de orina de 24 horas de más de 300mg, la hipertensión gestacional no presenta proteinuria, la preeclampsia sin datos de severidad solo presenta las TA elevadas y proteinuria, y con datos de severidad presenta síntomas y / o alteraciones de laboratorio, la presencia de eclampsia se manifiesta por convulsiones, la relación de preeclampsia sin datos de severidad se presentó en 5 pacientes equivale a 1.2 %, con datos de severidad corresponde a 27 pacientes equivale a 6.5 %, preeclampsia-eclampsia se corresponde a 2 pacientes equivale al 0.5 % e hipertensión gestacional presente en 3 pacientes equivale al 0.7%, de las pacientes sin patología hipertensiva correspondieron a 377 pacientes equivale a 91.1 %.

TABLA 15. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA AL EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NEGATIVA	377	91.1
PREECLAMPSIA SIN DATOS DE SEVERIDAD	5	1.2
PREECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD	27	6.5
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	2	.5
HIPERTENSION GESTACIONAL	3	.7
Total	414	100.0

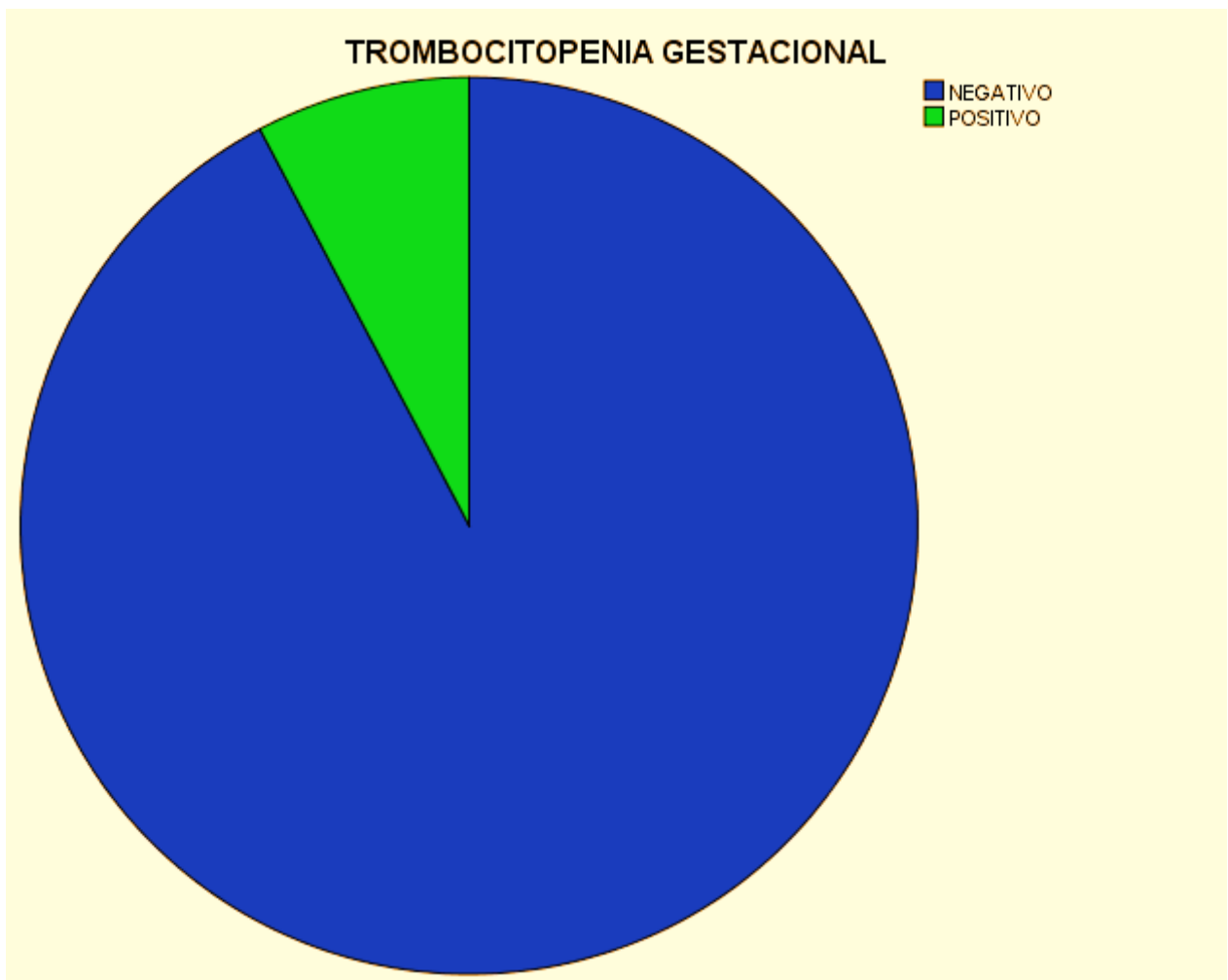


GRAFICA 15. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EMBARAZO

La trombocitopenia gestacional es definida como la presencia de disminución de plaquetas en una muestra de sangre central durante la gestación, con valores menores de 150,000 plaquetas/uL, las pacientes que presentaron esta patología correspondieron a 32 pacientes equivale a 7.7 %.

TABLA 16. TROMBOCITOPENIA GESTACIONAL

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NEGATIVO	382	92.3
POSITIVO	32	7.7
Total	414	100.0

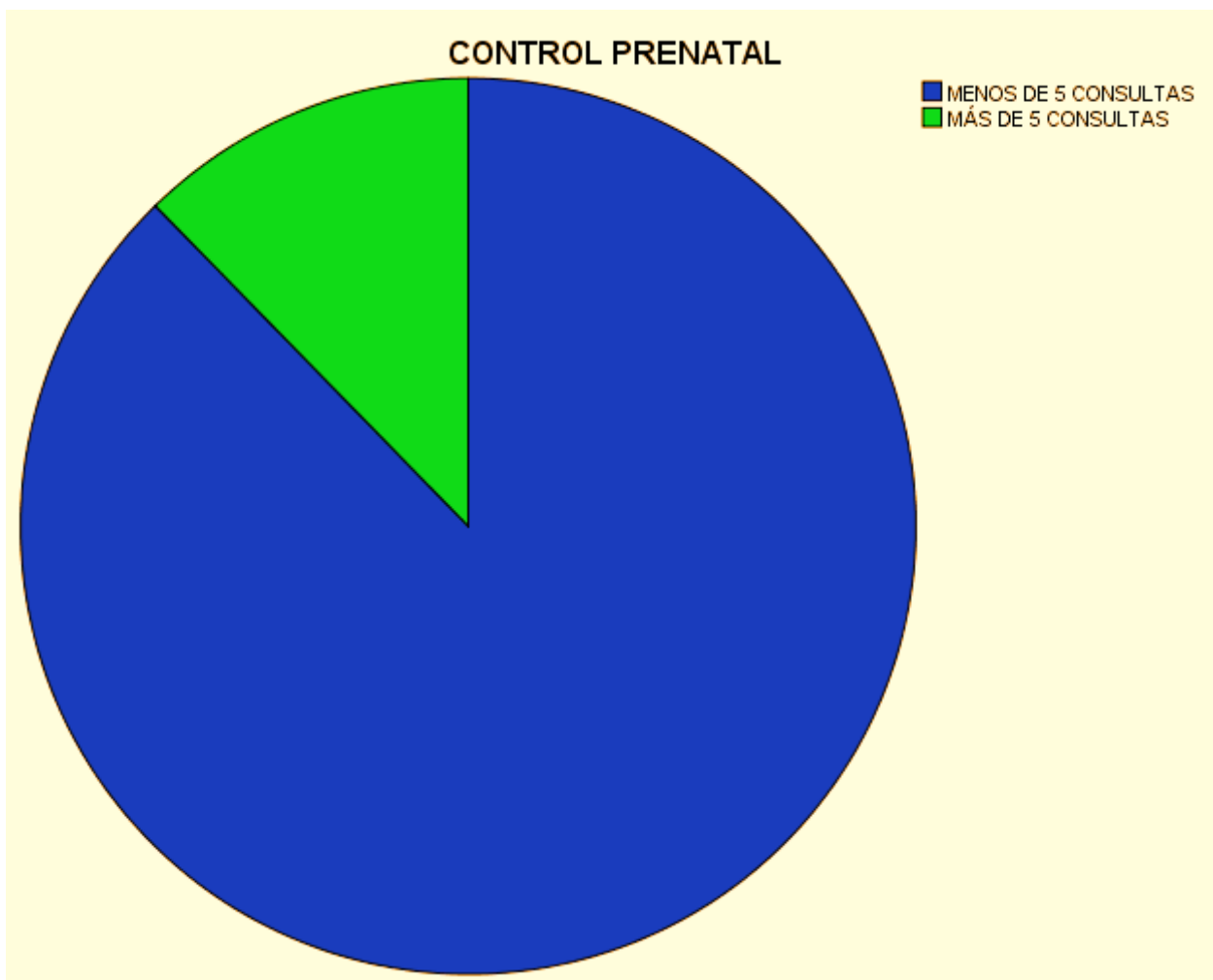


GRAFICA 16. TROMBOCITOPENIA GESTACIONAL

El control prenatal se considera adecuado cuando se acude a 5 consultas durante la gestación, las pacientes que cumplieron con adecuado control prenatal fueron 51 pacientes equivale a 12.3 %, el restante tuvieron menos de 5 consultas durante la gestación.

TABLA 17. CONTROL PRENATAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MENOS DE 5 CONSULTAS	363	87.7
	MÁS DE 5 CONSULTAS	51	12.3
	Total	414	100.0

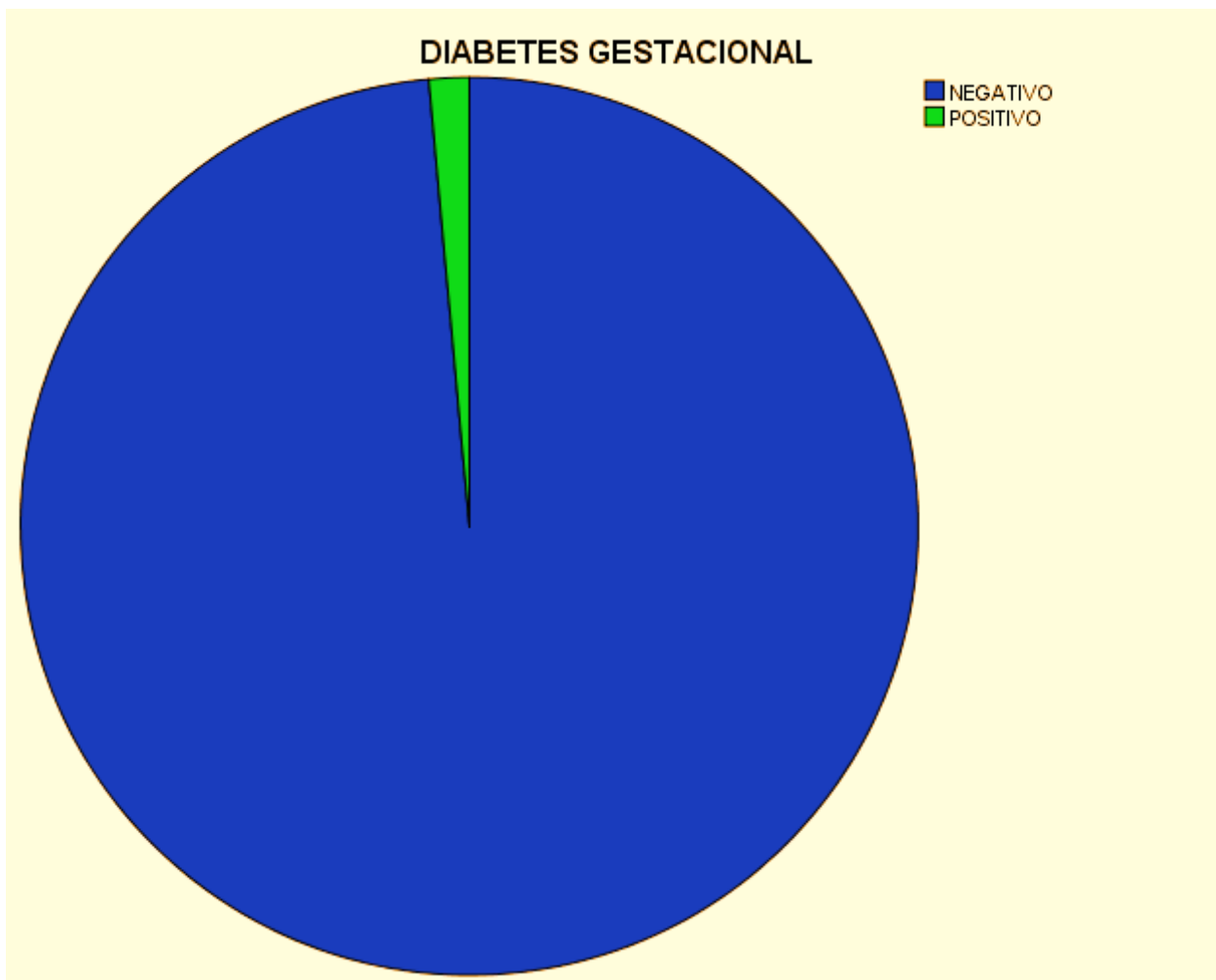


GRAFICA 17. CONTROL PRENATAL

Diabetes gestacional diagnosticada por tamiz, curva de tolerancia oral a la glucosa con carga de 100gr con 2 valores alterados o una carga de 75gr con un valor alterado, o una toma al azar en 2 ocasiones, y una glucosa en ayunas mayor a 126 gr/dl, durante la gestación; se presentó en 6 pacientes equivale a 1.4 %.

TABLA 18. DIABETES GESTACIONAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NEGATIVO	408	98.6
	POSITIVO	6	1.4
	Total	414	100.0



GRAFICA 18. DIABETES GESTACIONAL

La correlación de amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias mediante la prueba de chi cuadrada fue significativa ya que tuvieron una $P < 0.05$ con un intervalo de confianza del 95%.

TABLA 19. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO*INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

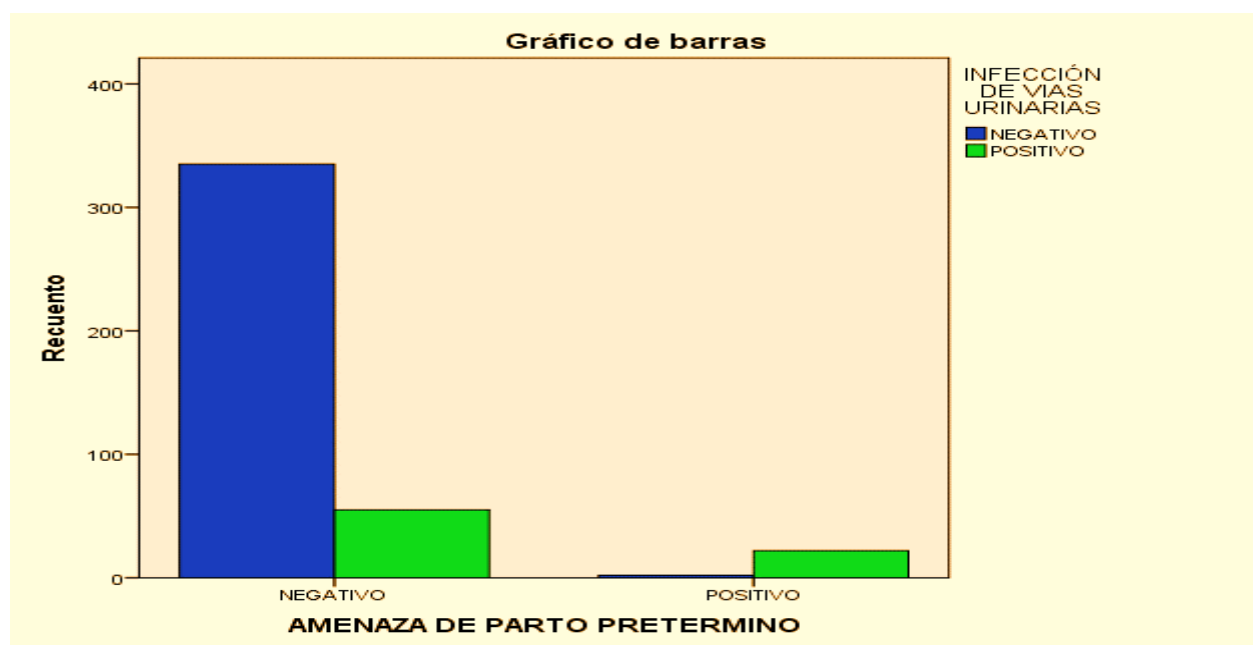
tabulación cruzada

Recuento

		INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS		Total
		NEGATIVO	POSITIVO	
AMENAZA DE PARTO	NEGATIVO	335	55	390
PRETERMINO	POSITIVO	2	22	24
Total		337	77	414

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	89.842 ^a	1	.000
Corrección de continuidad ^b	84.791	1	.000
Razón de verosimilitud	66.647	1	.000
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	89.625	1	.000
N de casos válidos	414		



GRAFICA 19. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO/INFECCIÓN VÍAS URINARIAS

La correlación de amenaza de parto pretérmino y cervicovaginitis mediante la prueba de chi cuadrada fue significativa ya que tuvieron una $P < 0.05$ con un intervalo de confianza de 95%.

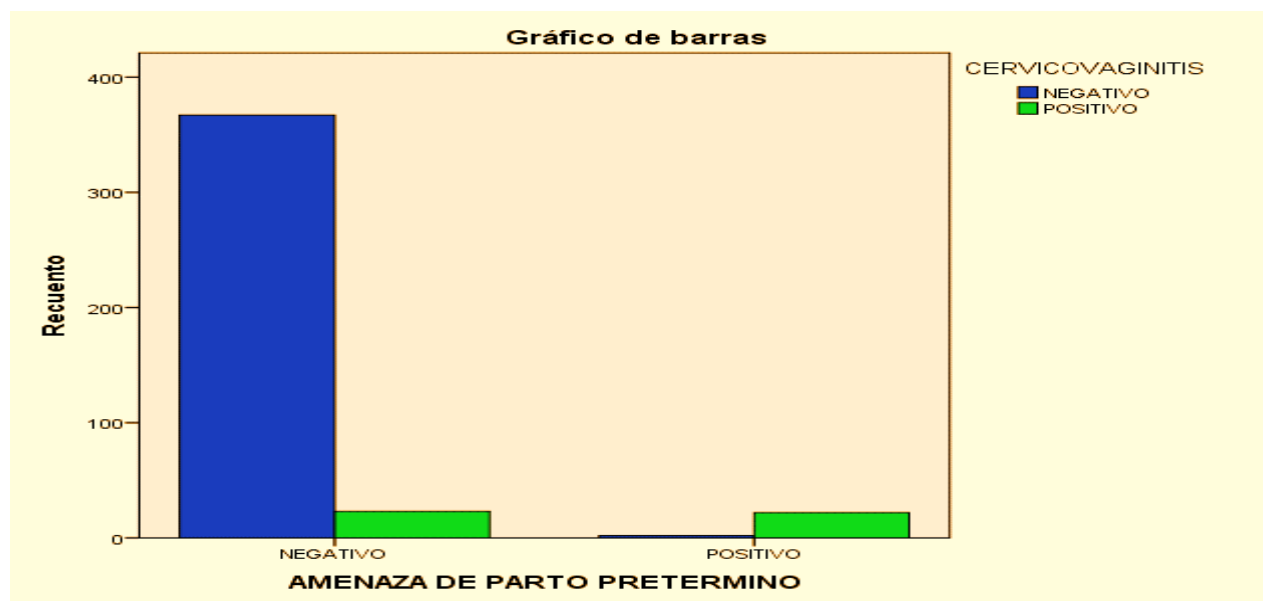
TABLA 20. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO*CERVICOVAGINITIS tabulación cruzada

Recuento

		CERVICOVAGINITIS		Total
		NEGATIVO	POSITIVO	
AMENAZA DE PARTO	NEGATIVO	367	23	390
PRETERMINO	POSITIVO	2	22	24
Total		369	45	414

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	171.672 ^a	1	.000
Corrección de continuidad ^b	162.933	1	.000
Razón de verosimilitud	96.055	1	.000
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	171.258	1	.000
N de casos válidos	414		



GRAFICA 20. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO/CERVICOVAGINITIS

La correlación de ruptura prematura de membranas e infección de vías urinarias mediante la prueba de chi cuadrada fue significativa ya que tuvieron una $P < 0.05$ con un intervalo de confianza de 95%.

TABLA 21. INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS*RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

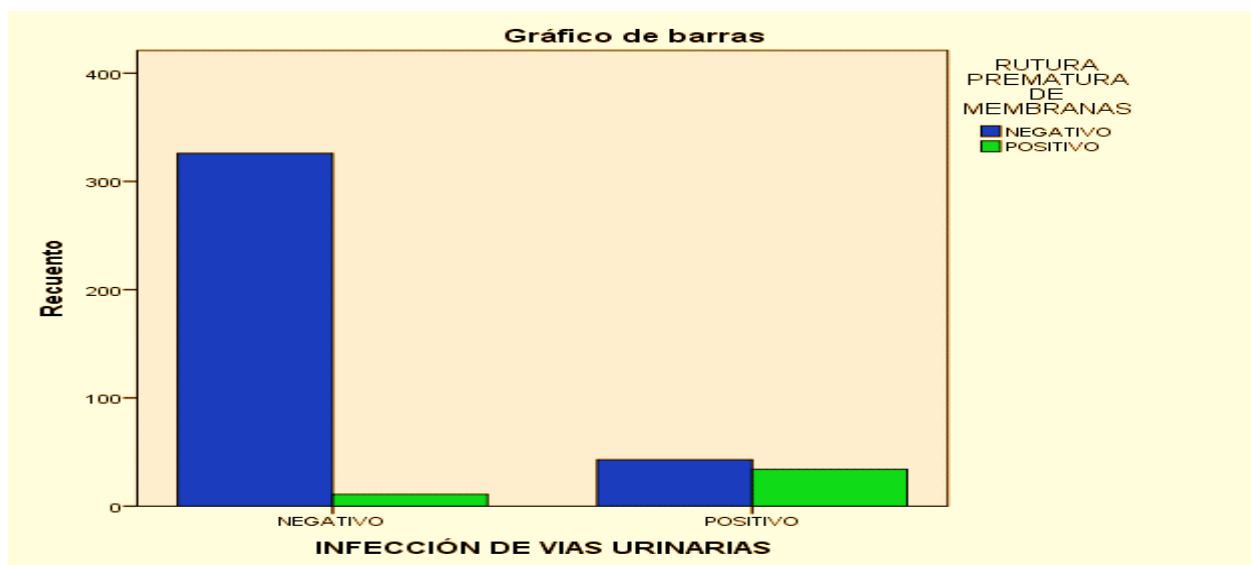
tabulación cruzada

Recuento

		RUTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		Total
		NEGATIVO	POSITIVO	
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	NEGATIVO	326	11	337
	POSITIVO	43	34	77
Total		369	45	414

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	108.182 ^a	1	.000
Corrección de continuidad ^b	104.002	1	.000
Razón de verosimilitud	82.034	1	.000
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	107.920	1	.000
N de casos válidos	414		



GRAFICA 21. INFECCIÓN VÍAS URINARIAS/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La correlación de ruptura prematura de membranas y anemia mediante la prueba de chi cuadrada fue significativa ya que tuvieron una $P < 0.05$ con un intervalo de confianza de 95%.

TABLA 22. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS*ANEMIA tabulación

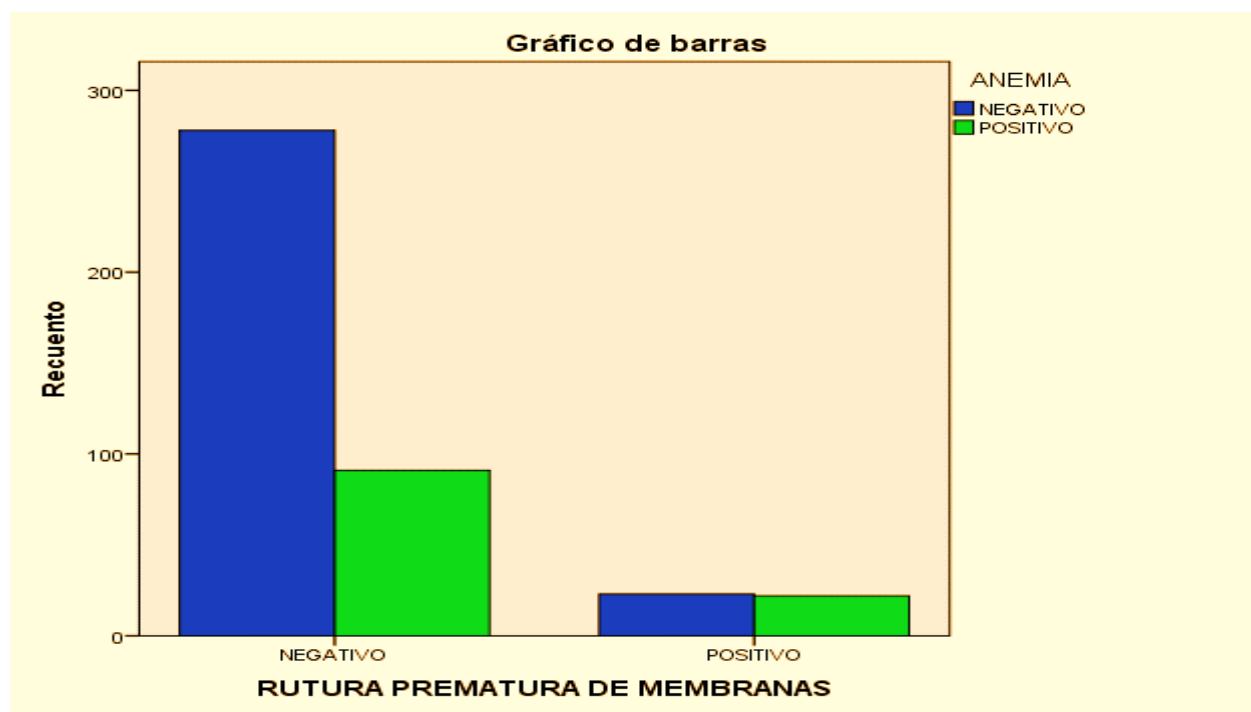
cruzada

Recuento

		ANEMIA		Total
		NEGATIVO	POSITIVO	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	NEGATIVO	278	91	369
	POSITIVO	23	22	45
Total		301	113	414

Pruebas de chi-cuadrado^c

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11.864 ^a	1	.001
Corrección de continuidad ^b	10.674	1	.001
Razón de verosimilitud	10.752	1	.001
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	11.835 ^d	1	.001
N de casos válidos	414		



GRAFICA 22. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/ANEMIA

La correlación de desnutrición y anemia mediante la prueba de chi cuadrada fue significativa ya que tuvieron una $P < 0.05$ con un intervalo de confianza de 95%.

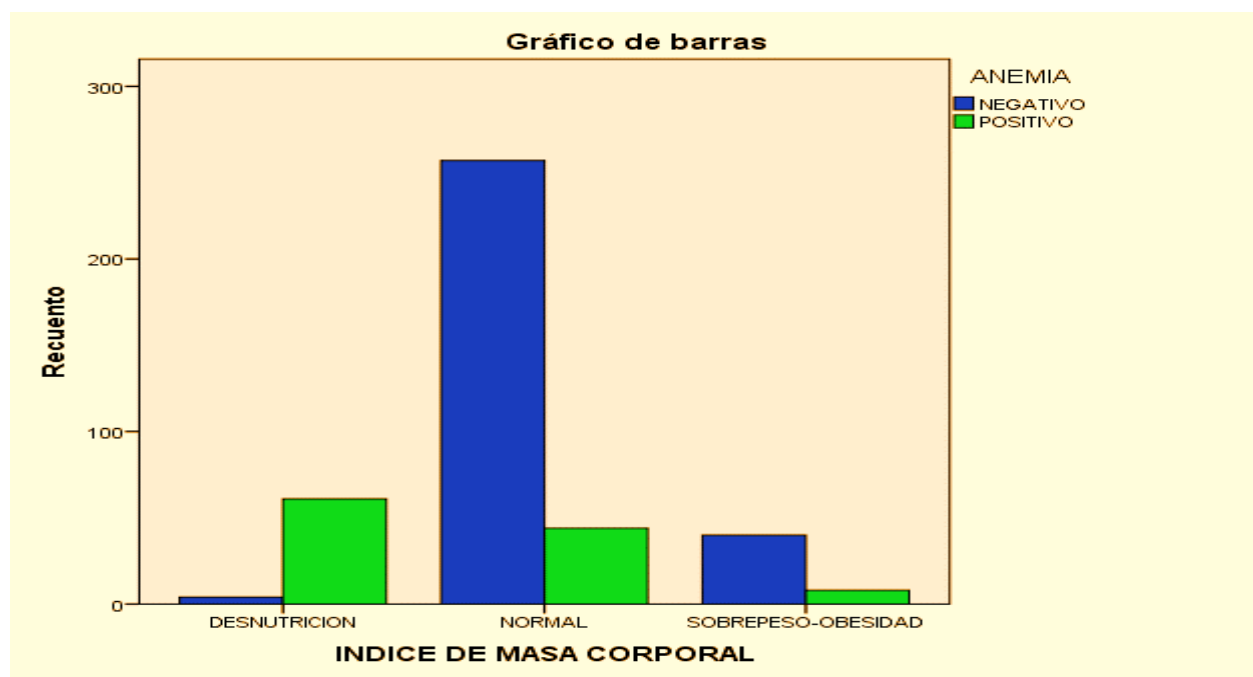
TABLA 23. INDICE DE MASA CORPORAL*ANEMIA tabulación cruzada

Recuento

		ANEMIA		Total
		NEGATIVO	POSITIVO	
INDICE DE MASA CORPORAL	DESNUTRICION	4	61	65
	NORMAL	257	44	301
	SOBREPESO-OBESIDAD	40	8	48
Total		301	113	414

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	172.179 ^a	2	
Razón de verosimilitud	161.593	2	.000
Prueba exacta de Fisher	159.604		
Asociación lineal por lineal	104.686 ^c	1	.000
N de casos válidos	414		



GRAFICA 23. DESNUTRICIÓN/ANEMIA

La correlación de desnutrición y ruptura prematura de membranas mediante la prueba de chi cuadrada fue significativa ya que tuvieron una $P < 0.05$ con un intervalo de confianza de 95%.

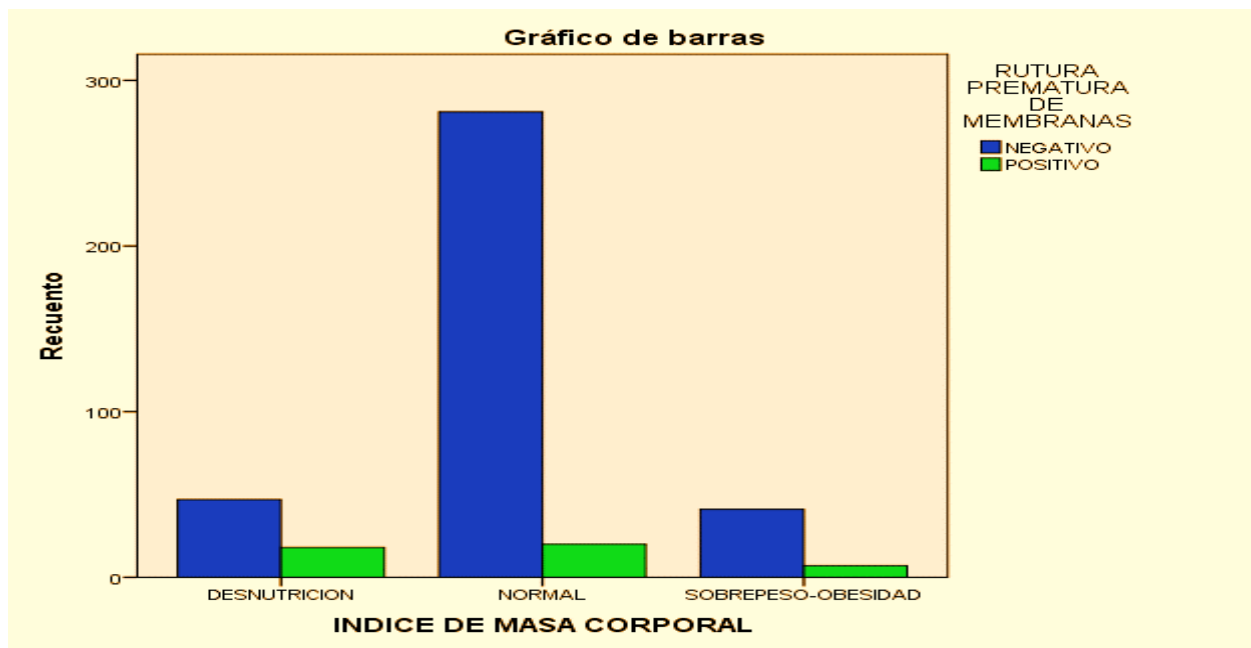
TABLA 24. INDICE DE MASA CORPORAL*RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS tabulación cruzada

Recuento

		RUTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		Total
		NEGATIVO	POSITIVO	
INDICE DE MASA CORPORAL	DESNUTRICION	47	18	65
	NORMAL	281	20	301
	SOBREPESO-OBESIDAD	41	7	48
Total		369	45	414

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	25.217 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	20.971	2	.000
Prueba exacta de Fisher	21.542		
Asociación lineal por lineal	7.680 ^c	1	.006
N de casos válidos	414		

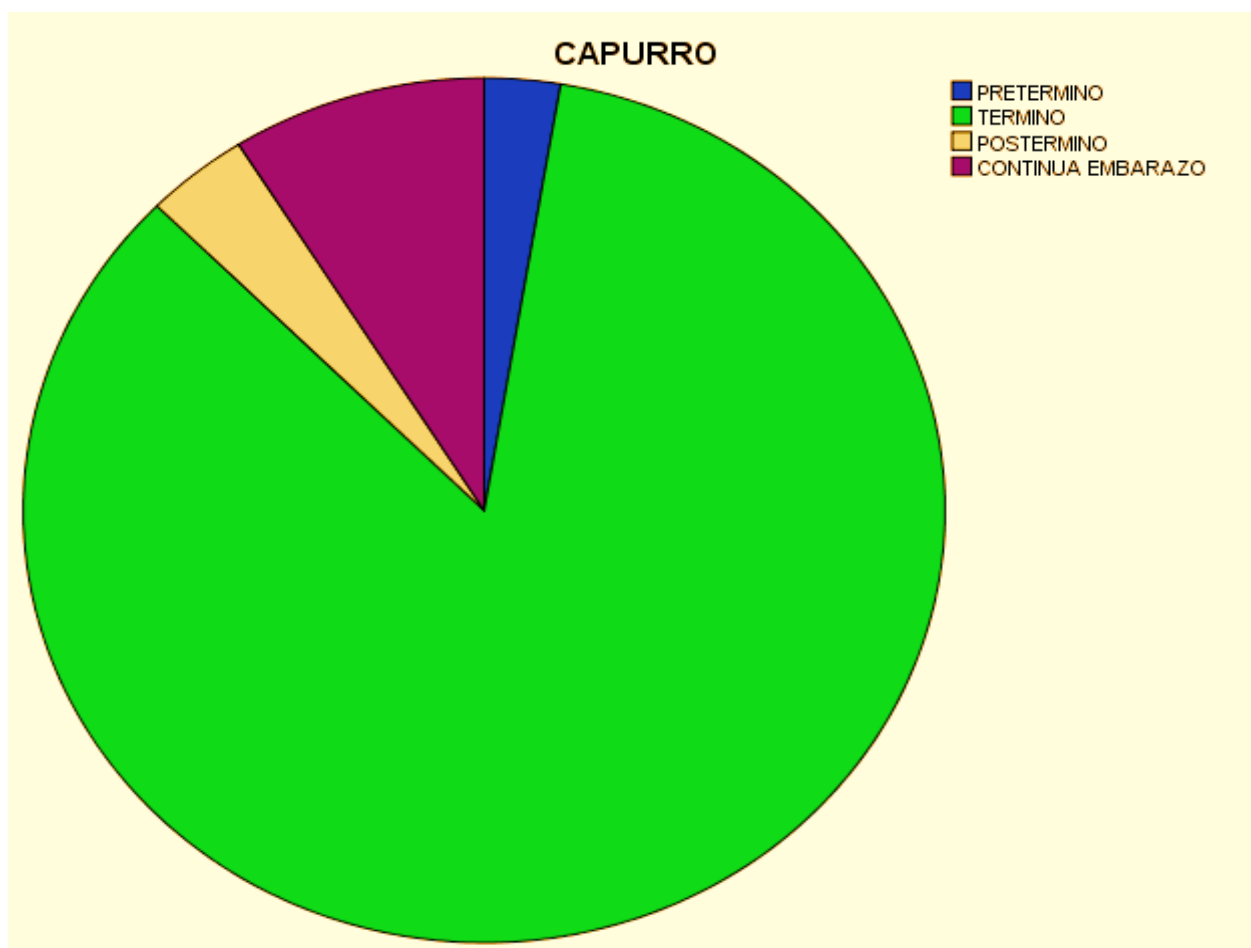


GRAFICA 24. DESNUTRICIÓN/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

De acuerdo a la clasificación de Capurro se determinó 3 categorías en las cuales los pre-término (menor de 37 semanas) se correspondieron a 11 productos equivale a 2.7 %, término (de 37 a 41.6 semanas) correspondieron a 351 productos equivale al 84.8 %, pos-término (mayor de 42 semanas) correspondieron a 15 productos equivale al 3.6 % y de las pacientes que continúan se embarazo fueron 37 pacientes equivale a 8.9 %.

TABLA 25. CAPURRO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRETERMINO	11	2.7
	TERMINO	351	84.8
	POSTERMINO	15	3.6
	CONTINUA EMBARAZO	37	8.9
	Total	414	100.0

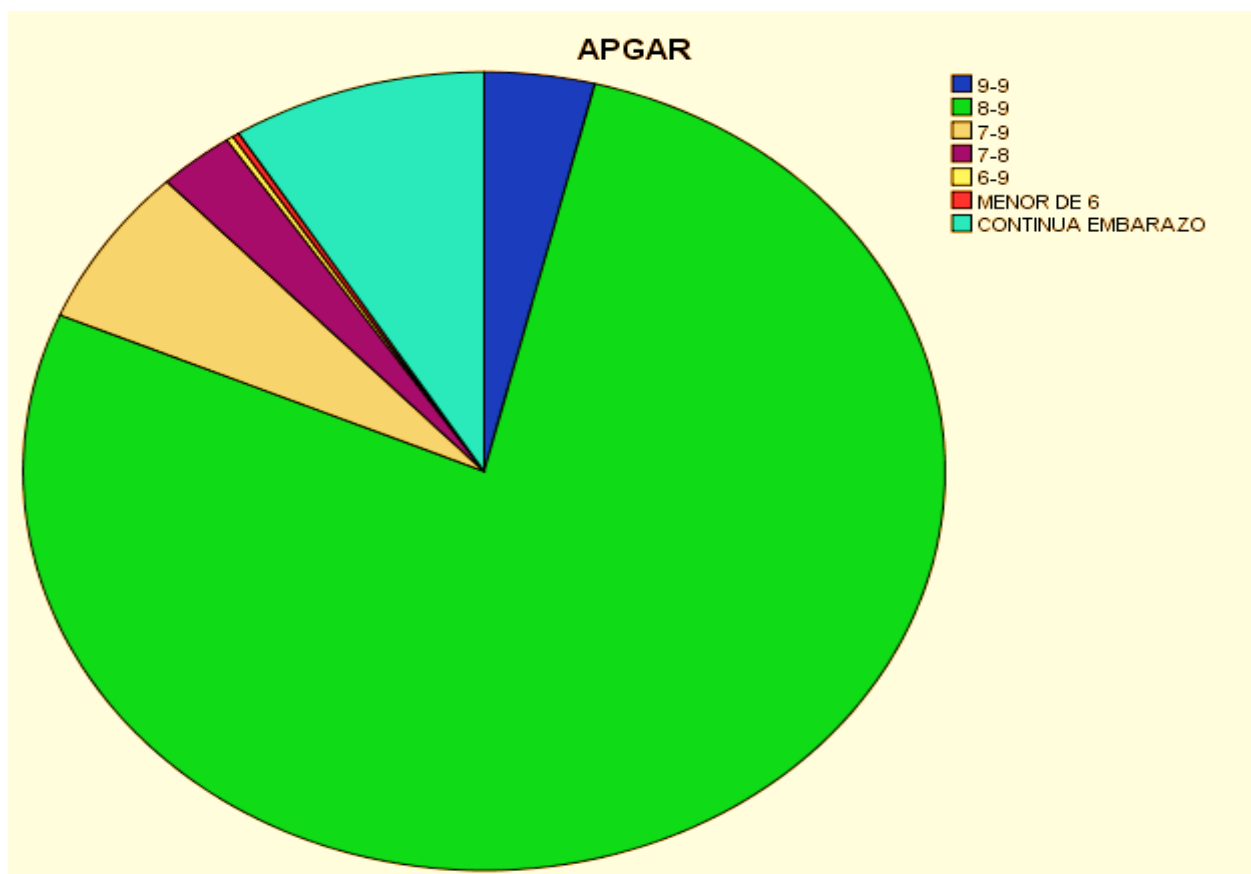


GRAFICA 25. CAPURRO

La clasificación de APGAR se presentó con 9-9 en 16 productos equivale a 3.9 %, 8-9 fueron 321 productos equivale a 77.5 %, 7-9 fueron 27 productos equivale al 6.5 %, 7-8 fueron 11 productos equivale a 2.7 %, 6-9 fue un producto equivale a 0.2 %, menor de 6 de APGAR fue un producto equivale a 0.2%, y de las pacientes que continúan su embarazo corresponden a 37 pacientes equivale a 8.9 %.

TABLA 26. APGAR

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	9-9	16	3.9
	8-9	321	77.5
	7-9	27	6.5
	7-8	11	2.7
	6-9	1	.2
	MENOR DE 6	1	.2
	CONTINUA EMBARAZO	37	8.9
	Total	414	100.0

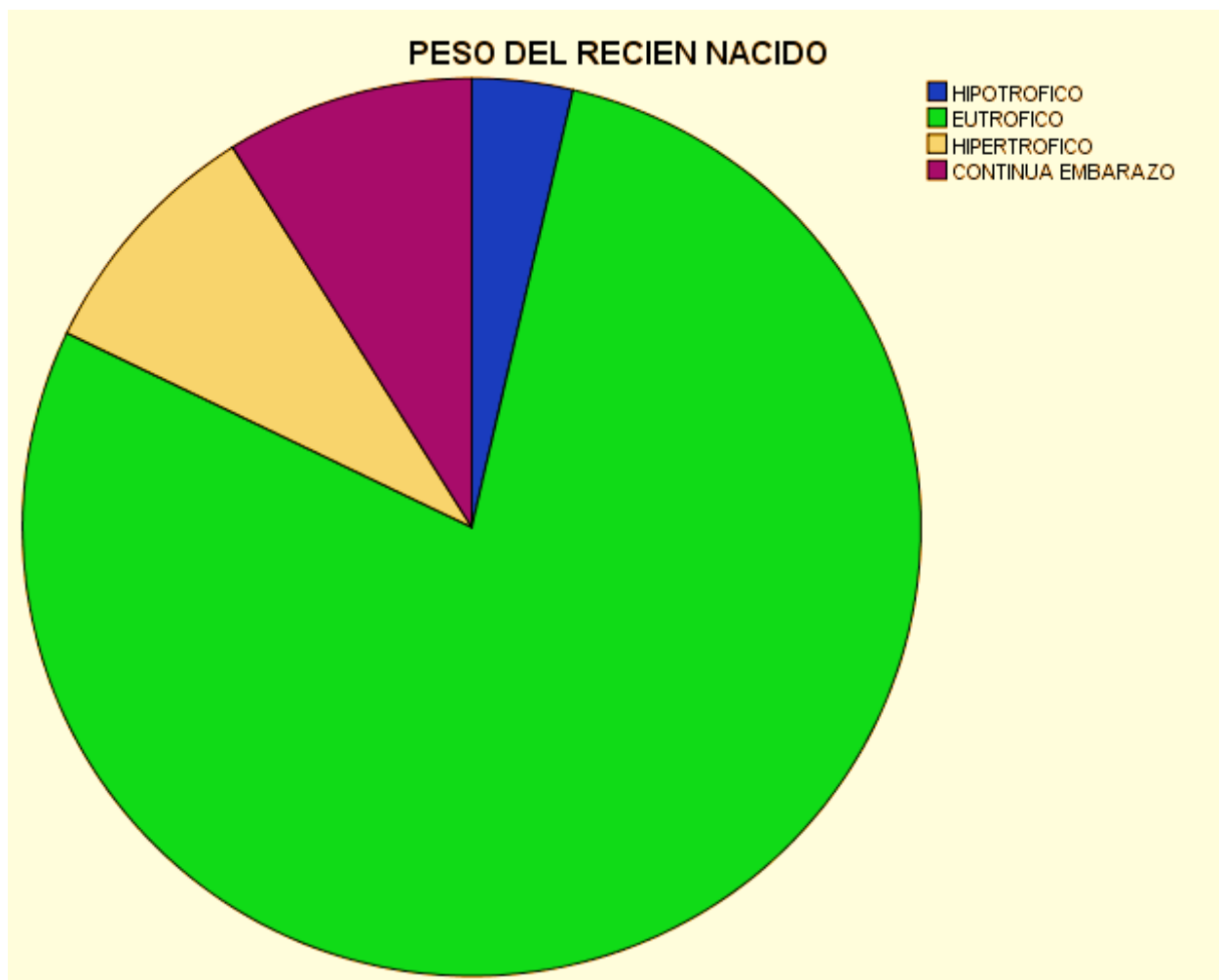


GRAFICA 26. APGAR

En cuanto a la clasificación acorde al peso se presenta hipotrófico menor a 2500grs 15 productos equivale a 3.6%, eutrófico de 2500 a 3849grs fueron 325 productos equivale a 78.5 %, hipertrófico mayor de 2850grs correspondieron a 37 productos equivale a 8.9%, y de las pacientes que continúan el embarazo fueron 37 equivalente al 8.9 %.

TABLA 27. PESO DEL RECIEN NACIDO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HIPOTROFICO	15	3.6
	EUTROFICO	325	78.5
	HIPERTROFICO	37	8.9
	CONTINUA EMBARAZO	37	8.9
Total		414	100.0

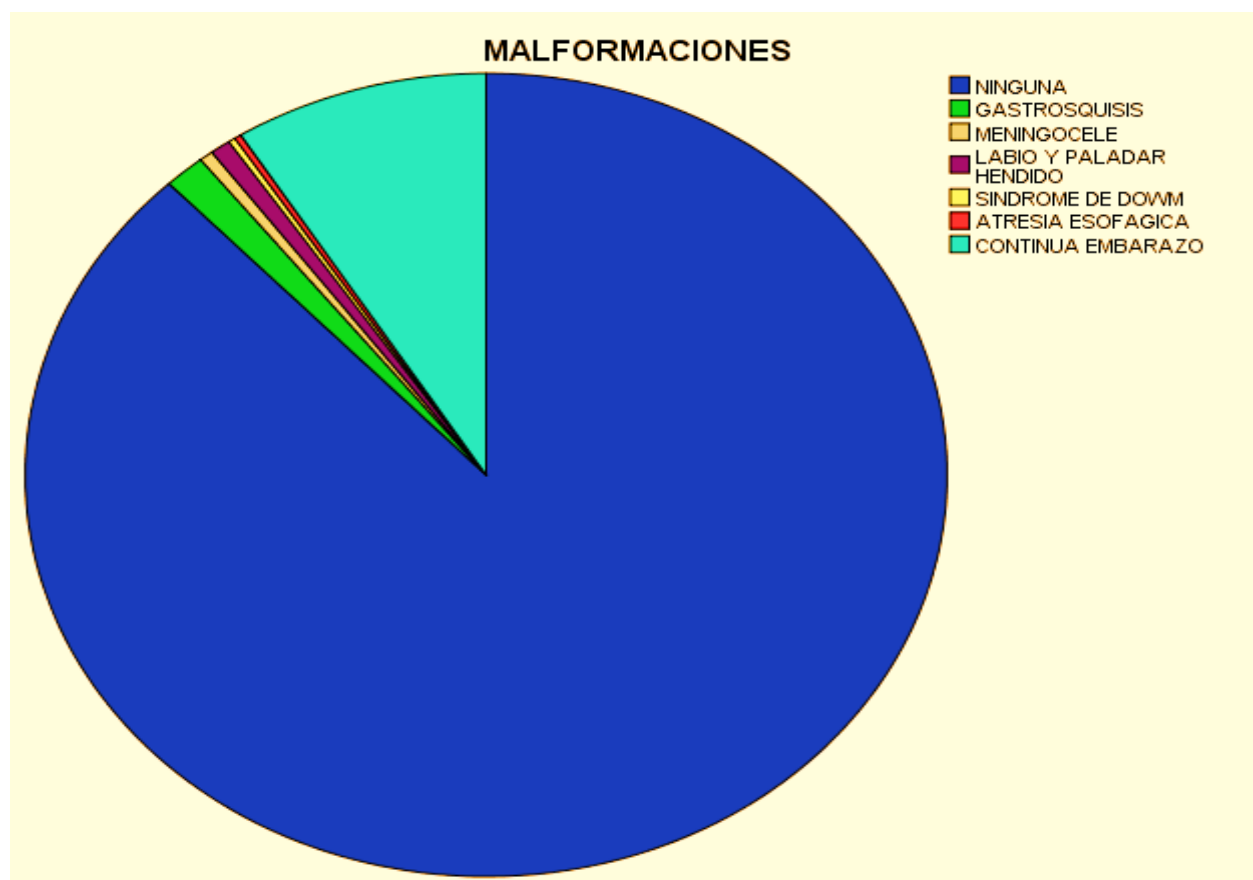


GRAFICA 27. PESO DEL RECIÉN NACIDO

Las malformaciones que se presentaron en los productos de las madres adolescentes se encontró gastroquisis (defecto de pared con protrusión de asa intestinales) 6 productos equivale a 1.4 %, meningocele (protrusión de un saco meníngeo) correspondió a 2 productos equivale a 0.2 %, labio y paladar hendido (defectos de la línea media facial) fueron a 3 productos equivale a 0.7 %, síndrome de Down (trisomía 21) correspondió a un producto equivale a 0.2 %, atresia esofágica correspondió a un producto equivale a 0.2 %, las pacientes que continúan su embarazo fueron 37 pacientes equivale a 8.9 %. De las pacientes con productos sin malformaciones fueron 364 equivale a 87.9 %.

TABLA 28. MALFORMACIONES

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NINGUNA	364	87.9
GASTROSQUISIS	6	1.4
MENINGOCELE	2	.5
LABIO Y PALADAR HENDIDO	3	.7
SINDROME DE DOWM	1	.2
ATRESIA ESOFAGICA	1	.2
CONTINUA EMBARAZO	37	8.9
Total	414	100.0

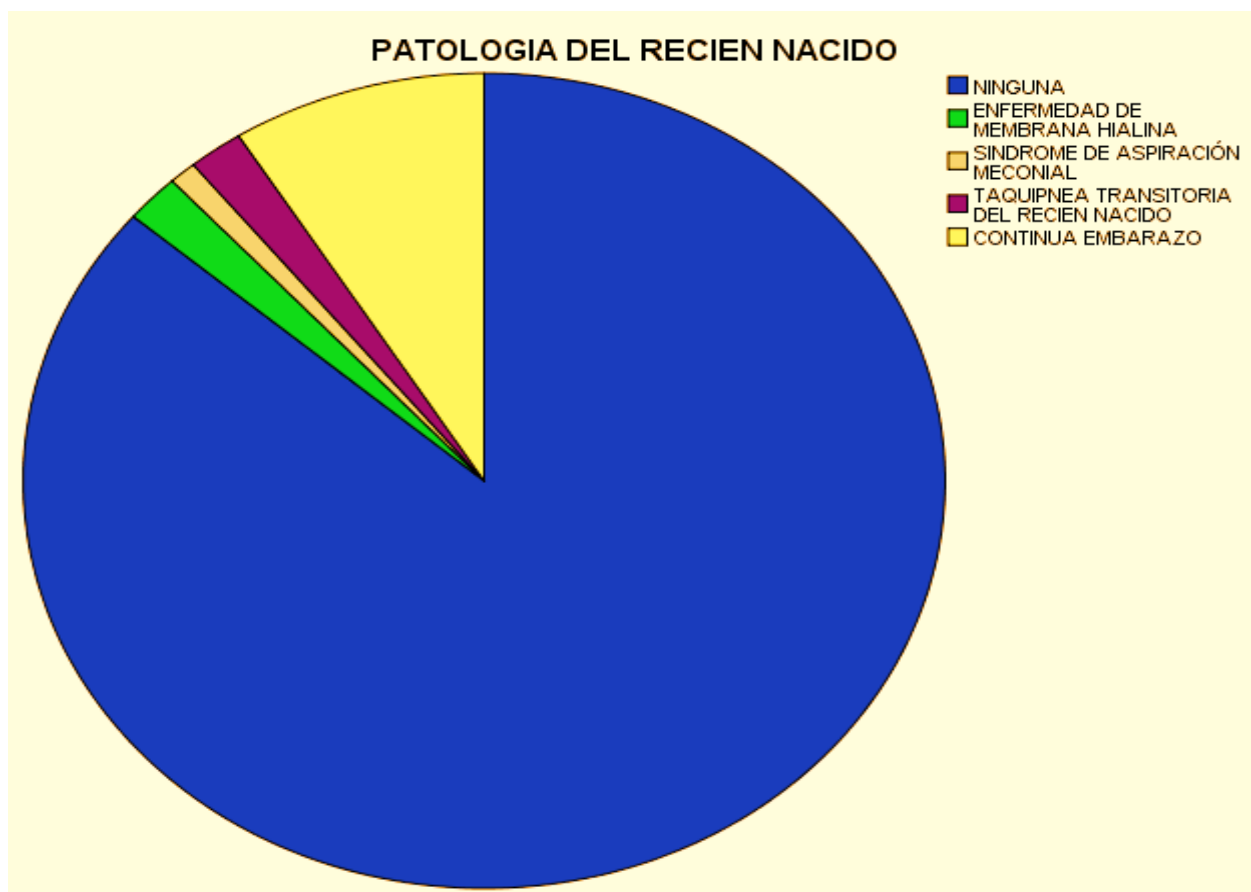


GRAFICA 28. MALFORMACIONES

De la patología del recién nacido se encontró enfermedad de membrana hialina en 8 productos equivale a 1.9 %, síndrome de aspiración meconial 4 productos equivale a 1 %, taquipnea transitoria del recién nacido fueron 8 productos equivale a 1.9 %, continúan el embarazo 37 pacientes equivale a 8.9 %, y de las que no presentaron ninguna patología en sus productos fueron 357 pacientes equivalente a 86.2 %.

TABLA 29. PATOLOGIA DEL RECIEN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NINGUNA	357	86.2
ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	8	1.9
SINDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL	4	1.0
TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO	8	1.9
CONTINUA EMBARAZO	37	8.9
Total	414	100.0



GRAFICA 29. PATOLOGÍA DEL RECIÉN NACIDO

DISCUSIONES

En el estudio se observa que la mayoría de las pacientes se encontraron en etapa de adolescencia tardía, el porcentaje de esta población es de 28% (18 años), esto además relacionado con su estado civil soltera, con un porcentaje de 85.5%; así también se observó que las pacientes pertenecen a un estado socioeconómico bajo (99.5%) y con una escolaridad de secundaria (55.8%). Acorde al autor Panduro et al (8).

Dentro de las patologías que se presentaron en las adolescentes son las siguientes:

Anemia	113 pacientes
Infección de vías urinarias	77 pacientes
Desnutrición	65 pacientes
Oligohidramnios	62 pacientes
Ruptura prematura de membranas	45 pacientes
Cervicovaginitis	45 pacientes
Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo	37 pacientes
Trombocitopenia gestacional	32 pacientes
Sobrepeso-Obesidad	25 pacientes
Amenaza de parto pre-término	24 pacientes
Hemorragia obstétrica	24 pacientes
Polihidramnios	23 pacientes
Diabetes gestacional	6 pacientes

Tabla 30. Patologías de las Adolescentes Embarazadas

Dentro de la resolución del embarazo se observa que la mayoría de las pacientes se les realizó cesárea en 190 pacientes, 187 parto, y 37 continúan su embarazo. Similar al autor Aída et al (6)

Las adolescentes aceptaron como método de planificación familiar el dispositivo intrauterino en 238 de ellas siendo este el más usado. En acorde al autor MsC Yoandra et al. (15)

La mayoría de las pacientes tuvo control prenatal inadecuado con menos de 5 consultas durante su embarazo. Ya que mínimo de recomienda 5 consultas. OMS (14)

Dentro de la clasificación de Capurro se obtuvieron productos a término en 351 de ellos, (84.8%).

Con respecto a la clasificación de APGAR predominó la de 8-9 con 321 productos (77.5%).

En cuanto a las malformaciones que presentaron los recién nacidos la más frecuente fue la Gastrosquisis con un total de 6, aunado a ella se presentan las siguientes:

Gastrosquisis	6
Labio y paladar hendido	3
Meningocele	2
Síndrome de Down	1
Atresia esofágica	1

Tabla 31. Malformaciones del Recién Nacido

En las patologías de los recién nacidos las más frecuentes son las siguientes:

Enfermedad de membrana hialina	8
Taquipnea transitoria del recién nacido	8
Síndrome de aspiración meconial	4

Tabla 32. Patologías del Recién Nacido

En la adolescencia temprana se presentaron menos patologías, comparada con el grupo de adolescencia tardía, aunque se debe tener en cuenta que ésta última corresponde al 94.2% de las pacientes estudiadas. Acorde al autor Yamilet et al (1)

La mayoría de las pacientes corresponden a un nivel socioeconómico bajo, con mal control prenatal. Y predominó la secundaria como escolaridad máxima; aquellas que tuvieron un control prenatal adecuado en su mayoría tenían una escolaridad de preparatoria. Similar a resultados de autor CENETEC (17).

Dentro del estudio se observa que las pacientes que presentaron infección de vías urinarias y cervicovaginitis mostraron a su vez ruptura prematura de membranas, presentando por lo tanto oligohidramnios; de igual manera se asoció a amenaza de parto pre-término, el cual fue tratado adecuadamente ya que solo 2 pacientes presentaron parto pre-término. Resultados similares a los del autor Vallejo et al (7).

La anemia fue la patología que más se observó en las pacientes, lo cual la mayoría presentaba además desnutrición, y estas pacientes a su vez presentaron productos con un Capurro de pre-término e hipotrófico. Acorde a las aseveraciones del autor (20), Grajeda et al, (26).

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo se presentó en 27 pacientes, siendo la más frecuente la preeclampsia con datos de severidad como oligohidramnios y alteraciones de laboratorio principalmente las transaminasas, sin embargo con una recuperación en las primeras horas posterior al término del embarazo. Resultados similares al autor Lira et al (16)

Las pacientes tuvieron porcentajes similares de resolución en parto y cesárea dentro de lo cual se presentó hemorragia obstétrica en 24 de ellas, siendo independiente una de otra; sin embargo en

estas pacientes también tuvieron una evolución favorable inmediatamente posterior al inicio del tratamiento de la hemorragia, solo se presentó una histerectomía obstétrica.

El dispositivo intrauterino fue el más usado por las pacientes. OMS (23)

Con respecto al desenlace de sus embarazos se observa que se mantienen con escala de Capurro de término (84.8%), APGAR de 8-9 (77.5%), y peso adecuado (78.5%) acorde a la edad gestacional de sus productos. Incluso en pacientes que presentaron patologías durante su embarazo.

Las malformaciones (3.2%) y patologías de los recién nacidos (4.9%) tuvieron mayor correlación con aquellas pacientes de control prenatal deficiente y que presentaron patologías durante el embarazo. Como se menciona en estadísticas del CLAP (12)

Se debe de poner especial atención en la prevención del embarazo en adolescentes para mitigar la disrupción del entrono psico-social de la adolescente, y evitar a su vez que presenten un mayor riesgo perinatal, que posteriormente se puede ver con resultados desfavorables en la calidad de vida de ella y su bebe. Como menciona también el autor Pascual López et al, (22) y la OMS (23).

ANEXOS

CONCLUSIONES

La adolescencia temprana o tardía, representó una población con mayor riesgo perinatal para infecciones genitourinarias, anemia, desnutrición, amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.

La escolaridad baja, al igual que el estado socioeconómico bajo representa en factor importante para aumentar el riesgo perinatal.

A pesar del riesgo perinatal que presentan las adolescentes embarazadas su pronóstico al término del embarazo y puerperio no es tan adverso, ya que la mayoría tiene una evolución favorable.

Se deben realizar programas enfocados a las adolescentes desde el primer nivel, para disminuir el embarazo y sus complicaciones en este grupo de edad.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

01 SEPTIEMBRE 2013 A 30 DE JUNIO 2014	ENERO A FEBRERO DE 2014	JUNIO A JULIO DE 2014	JULIO DE 2014	28 DE JULIO DE 2014
RECOLECCIÓN DE DATOS	REVISION DE PROTOCOLO	ANALISIS ESTADISTICO	RESULTADOS	ENTREGA DE TESIS

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
CONSENTIMIENTO INFORMADO
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

“RIESGO PERINATAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

México, D.F. a _____ de _____ del 20 ____ .

Yo _____ autorizo a los médicos Víctor Manuel Flores Méndez/ Juan Bautista Alvarado Castro para que me incluyan en el protocolo denominado “Riesgo Perinatal en Adolescentes Embarazadas”.

Reconozco que se me ha proporcionado información amplia y precisa de las pruebas diagnósticas que se me realizarán dentro de las instalaciones del Hospital, con la finalidad de detectar patología durante mi control prenatal y/o atención hospitalaria. He comprendido los beneficios, riesgos y complicaciones de cada una de las pruebas y se me han resuelto las dudas que tengo acerca de las mismas. Los acepto por mi libre voluntad y sin haber sido sujeta de ningún tipo de presión de acuerdo a los principios del Consentimiento Informado (NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico), incisos 4.2 y 10.1 al 10.1.1.4.

SERVICIO: _____ NO. EXP. _____ CAMA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMIENTO: _____

FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE/TUTOR: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE TESTIGO(S): _____

REFERENCIAS

- 1.- Lic. Yamilet López Rodríguez, Pregnancy in adolescence: Its biosychosocial repercussion on the mother organism and of her future child, *Revista Cubana de Enfermería*. 2011; 27(4)337-350
- 2.- Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida Parte 1, Atención integral a las y los adolescentes. *Mujer en edad fértil, Mujer durante el embarazo, parto y puerperio*. OMS 2011
- 3.- Ma. Sobeida L. Blázquez-Morales, Dra. Irma Aída Torres-Férman, MASS Patricia Pavón-León, MASS Ma. Del Carmen Gogeoascoechea-Trejo, MASS Carlos R. Blázquez-Domínguez. Lifestyles of pregnant adolescents. *Salud en Tabasco Vol. 16, No. 1, Enero-Abril 2010*, pp.883-890 www.saludtab.gob.mx/revista.
- 4.- Sylvia Santander Rigollet, María Isabel González Trivelli, Lorena Luisa Ramírez Concha. *Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. OPS/Fundación W.K. Kellogg. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril 2000.
- 5.- Claudio Stern, Ph.D. Pregnancy in adolescence as a public problem: A critical vision. *Salud Pública Mex* 1997; 39:137-143. vol.39, no.2, Marzo-Abril de 1997.
- 6.- Aída Aleyda Jiménez Martínez, Elvia Guadalupe Peralta Cerda, Laura Hinojosa García, Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal, *ciencia UANL / año 15, no. 57, Enero - Marzo 2012*
- 7.- Juliana Vallejo Barón embarazo en adolescentes complicaciones. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (605) 65-69, 2013*
- 8.- J Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos, J Jesús Pérez Molina, Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(11):694-704
- 9.- MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrerol, MSc. Inocencia Navas Cabrerall, MSc. Yusleidy Hidalgo Rodríguez, I MSc. José Espert Castellanos. Pregnancy and its complications in adolescent mothers. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38(3)333-342
- 10.- Regina Domínguez-Anaya, Yaneth Herazo-Beltrán, M.Sc., Age as a risk factor for complications arising during pregnancy in adolescents, Cartagena, Colombia 2009: a cross-sectional study. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • (141-147)*
- 11.- Ricardo Fescina, Bremen De Mucio, José Luis Díaz Rossello, Gerardo Martínez, Suzanne Serruya, *Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS CLAP/SMR - OPS/OMS*. Publicación Científica CLAP/SMR N° 1573 2010

- 12.- Fescina R, De Mucio B, Ortiz El, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación Científica CLAP/SMR 1594. 2012.
- 13.- Nuvia Suárez García, Yamirka Crespo Toledo, Omar Vara Cuesta, Jorge Manuel Balestena Sánchez, Nubia Soto Páez. Indicators of adolescent mothers having newborn infants admitted to Neonatal Intensive Care Unit .Rev. Ciencias Médicas. Ene.-feb, 2013; 17(1):14-25
- 14.- Dra. Jorgelina B. Pomata Mejoría de los servicios. Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 15.- MsC. Yoandra González Sáez; Dra. Isabel Hernández Sáez; Dra. Marlene Conde Martín. ; Dr. Rodolfo Hernández Riera; Dra. Susana M. Brizuela Pérez. Pregnancy and its risks in adolescence, artículos originales, 2009.
- 16.- Dra. Josefina Lira Plascencia, Dr. Héctor Oviedo Cruz, Control Prenatal en Adolescentes: Evaluación del Riesgo Materno-Infantil. Ginecol Obstet Mex 2009; 77 (3):S47-S86
- 17.- Cruz Cruz Polita del Rocío, Ramírez Mota Carolina, Sánchez Ambriz Silvia, Control Prenatal con enfoque de Riesgo, GPC, CENETEC, 2009.
- 18.-Guías de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, 2010.
- 19.- María Cecilia Severi T, Rafael Alonso, Eduardo Atalah S. Cambios en el índice de masa corporal en adolescentes y adultas entre el embarazo y el posparto, Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición Vol. 59 Nº 3, 2009
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Normas, Protocolos y Consejería en suplementación de micronutrientes, Marzo 2011.
- 21.- M. García Minuzzia, M. Giorgettia, M. González, M. Sartoria, P. Reyb, J. Pomatab, J. Meritano Embarazo adolescente una población de riesgo. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2010; 29 (4).
- 22.- MsC. Viviana Pascual López y MsC. Abelardo S. Toirac Lamarque. Risk pattern in primiparous pregnant adolescent: a latent problema, MEDISAN 2011; 15(12):1720.
- 23.- Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Organización Mundial de la Salud 2012.
- 24.- Gustavo Adolfo Ávila Montes, Programa de Adolescentes embarazadas para la reducción de la mortalidad materna en Honduras. Ministerio de Salud 2011.
- 25.- MSc. Jónathan Hernández Núñez, MSc. Magel Valdés Yong, Dra. Lídice Chong León, MSc. Ivón de las Mercedes González Medina, MSc. Martha María García Soto. Perinatal outcomes in pregnant women with low weight prior pregnancy. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(2)76-86.

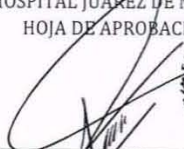
26.- Ruben Grajeda Toledo, Importancia y Estrategias para la Prevención de las Deficiencias de Micronutrientes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 15 de Octubre del 2012.

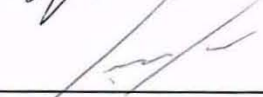
27.- Belamendia Mirtha, Penzo Martha, Bazano Mariella. Historia Clínica del Adolescente y Formularios Complementarios, Sistema Informático del Adolescente, Publicación científica CLAP/SMR N° 1579, 2010.


28.- P.S.S.E. Cuauhtémoc Martínez-Nájera, Dra. Mahuina Campos-Castolo, Lic. Miguel Ángel Córdoba-Ávila, MSP Rey Arturo Salcedo-Álvarez, Dr. Héctor Aguirre-Gas. Grounds for medical complaints received at CONAMED from pregnant adolescents. Revista CONAMED, Vol.15, número 1, Enero-Marzo, 2010.


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
HOJA DE APROBACIÓN




HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
UNIDAD DE ENSEÑANZA
DR. CARLOS VIVERO
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO


DR. JUAN JIMÉNEZ HUERTA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA UNAM
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO


DR. VÍCTOR MANUEL FLORES MÉNDEZ
DIRECTOR DE TESIS
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO


DR. FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ ALDANA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO