



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**TÍTULO:
ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA CESAREA**

TESIS DE POSGRADO

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DE MEDICO ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

Dr. Martha Alicia Loeza Martínez

Tutor responsable:

Dr. Antonio Gutiérrez Ramírez

Lugar y fecha de publicación: Ciudad de México, 2018

Fecha de egreso: Febrero 2019

CIUDAD DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA CESAREA

HOJA DE APROBACION DE TESIS

**DR. JAIME MELLADO ABREGO
TITULAR DE LA UNIDAD DE ESEÑANZA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**DR. JUAN JIMENEZ HUERTA
TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA
Y JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA
HOSPITAL JÚAREZ DE MÉXICO**

**DR. ANTONIO GUTIERREZ RAMIREZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA
TUTOR RESPONSABLE**

1. TITULO DEL PROYECTO

“ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA CESÁREA”

AUTORES.

Dr. Antonio Gutiérrez Ramírez – Jefe del servicio de Ginecología del Hospital Juárez de México.

Dr. Victor Manuel Flores Mendez – Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México.

Martha Alicia Loeza Martínez – Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México.

Dedicatoria: A mis padres. Por ser un ejemplo a seguir. Por existir en mi vida.

A ti mamá porque siempre me diste consejos, sabiduría y fuerzas para seguir para continuar, no rendirme y hacerme fuerte cuando más lo necesite, a pesar de estar lejos siempre cuidarme y estar conmigo en cada momento por difícil o imposible que se pusiera. Porque sin ti no lo hubiera logrado. Te amo.

A ti papá porque siempre creíste en mi, por tu apoyo incondicional y porque a pesar de las adversidades estuviste conmigo apoyándome en todos los sentidos, porque este logro también es tuyo. Te amo

A Omar por ser tan excelente persona, porque no solo eres mi hermano sino el mejor amigo que pude tener, y una gran motivación en mi vida, porque se que siempre estaremos apoyándonos en cada situación buena o mala de la vida. Te amo.

A Mario porque te necesito y porque te amo. A Julieta por ser una luz y motivación en mi vida.

A mis compañeros de residencia, por ser mis hermanitos y mi familia, por siempre apoyarnos en situaciones difíciles y siempre cuidarnos, por compartir tantas cosas juntos, por estar en las situaciones más difíciles. A mis amigas residentes pequeñas que hicieron estos dos últimos años de los mejores de mi vida. Los adoro.

A mis profesores por todas sus enseñanzas, por su compromiso, confianza. Por ser una motivación y ejemplo a seguir.

A la universidad por darme la oportunidad de continuar mis sueños e ideales en tan prestigiada institución.

INDICE:

Marco teorico.....	2
.Generalidades.....	3
.definicion.....	5
Epidemiologia y estadística en adolescentes.....	6
Maternidad en adolescentes.....	9
Consideraciones psicosociales.....	10
Mortalidad materna.....	12
Principales complicaciones en adolescentes.....	14
Formas de la pelvis, dimensiones y medidas.....	16
Cesárea, tipos, causas, indicaciones.....	18
Vía de finalización del embarazo en adolescentes.....	20
Pregunta de investigación.....	21
Justificación.....	22
Objetivos.....	22
Metodología.....	23
Material y métodos.....	24
Analisis e interpretacion de los resultados.....	27
Bibliografia.....	33

2. MARCO TEORICO:

2.1 Generalidades:

La organización mundial de la salud estableció que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años (5). La adolescencia es la etapa del desarrollo que señala el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Es el periodo de crecimiento y maduración, de aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la adquisición de la capacidad reproductiva. Se adquiere madurez en el desarrollo cognoscitivo, personalidad y valores ético-morales y se produce adaptación al grupo socio-cultural de su tiempo y entorno (9).

Más de la mitad de la población del mundo tiene menos de 25 años, se calculó una población para 1994 de 1.582 millones de personas entre 10 y 24 años, y se estima que la población mundial de adolescentes para el año 2025 será 2044 millones (8).

Un número importante de adolescentes son sexualmente activos a edades tempranas. En los últimos 20 años se han observado un aumento creciente de la frecuencia de embarazos en adolescentes. 15 millones de mujeres adolescentes paren cada año en el mundo, la quinta parte de todos los nacimientos y ocurre en gran porcentaje en países

en desarrollo. (4) Esto asociado a la inmadurez biológica, a la falta de planificación en la consecución de un embarazo, el acceso inadecuado al control prenatal, pobre nutrición materna y estrés materno, son condiciones que empeoran el panorama.

El aumento en la frecuencia de los embarazos a tan temprana edad, cuando aún no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, es debido a varios factores:

1. Maduración sexual más temprana. La menarquia y el inicio de mecanismos endocrinos que permiten la reproducción, se presenta en edades más tempranas que en gestaciones previas. Esto lleva implícito el despertar sexual.
2. Inicio temprano de los coitos: actos impulsados por la maduración sexual, con influencia del ambiente rico en estímulos eróticos, sumado la mala educación sexual.
3. Ignorancia en planificación familiar: Ausencia de conocimientos sobre los diferentes métodos de planificación familiar. Cuando los coitos se hacen parte de la vida sexual del adolescente diversos métodos pueden utilizarse de forma inocua y segura.
4. Ignorancia en reproducción: de conocimiento de la fisiología sexual y de los mecanismos de la reproducción humana.
5. Genitalización de la sexualidad: se interpreta el coito como la única forma de dar y recibir placer.

A nivel mundial, se observa una tasa de fertilidad que se estima es de 55.3 por 1000, para el periodo comprendido de 2000 – 2005, lo que significa un promedio de 5.5%, de los partos en adolescentes cada año. Se ha concluido entonces que el embarazo en adolescentes es un reflejo del subdesarrollo de las regiones y de sus condiciones imperantes, Es así como un alto porcentaje de adolescentes e hijos de estas madres viven en condiciones socioeconómicas desfavorables como pobreza, desnutrición, anemia, deficientes condiciones higiénicas sanitarias, las cuales se acentúan por la evidencia de bajos niveles de educación, lo que conlleva a la mujer adolescente a desarrollar comportamientos sexuales y reproductivos de riesgo (5).

2.3 Definición de adolescencia:

La palabra adolescente viene del latín “adolescentes” el cual significa “en periodo de crecimiento, que está creciendo”. Este frecuentemente se confunde con “adolecer” cuyo significado es tener o padecer alguna carencia o dolencia (8).

Existen varias definiciones para el concepto de adolescencia: Para la real academia de la lengua española, se entiende por adolescencia la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (8).

Adolescencia es un periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio (8).

Según Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años de edad, en la cual tiene lugar el pico de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (10).

Dentro de este concepto de adolescencia, es aceptado que cada individuo es un ser único, diferente de todos los demás. Esto debido a que cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio socio cultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que se halla, la raza y el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió.

2.3.1 Adolescencia Temprana

Esta etapa se encuentra caracterizada por el crecimiento acelerado y desarrollo somático, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Comprende las edades de 10 – 14 años.

2.3.1 Adolescencia Tardía

Esta fase comprende las edades de 15 – 19 años, y se caracteriza por la culminación en gran parte del crecimiento y desarrollo, en esta etapa el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. (11)

3. Epidemiología y estadística en adolescentes

Las tasas de fecundidad por edad estimadas con información de la ENADID 2014, muestran que en el trienio 2011 a 2013 las mujeres de 20 a 24 años de edad son las que tienen la fecundidad más alta con 126 nacimientos por cada mil mujeres, seguidas

de las mujeres de 25 a 29 años con 113.1. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, el número de nacimientos por cada mil mujeres es de 77. (7)

Uno de los principales tópicos de salud en la adolescencia lo constituye el embarazo, debido a que es un proceso que involucra un desgaste físico importante para el cuerpo de la madre, y en la adolescencia éste aún está en desarrollo, razón por la cual los embarazos en esta etapa son considerados de alto riesgo.

En las adolescentes, el embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretermino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social, rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido.

Se ha reportado que más de 8.1 de las adolescentes de 12 a 15 años tuvieron 2 o menos visitas a control prenatal menos del porcentaje de las embarazadas de 16 a 19 años y de las adultas. Además en este grupo de adolescentes son más bajos el promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y el apgar y mayor frecuencia de cesárea. (6)

Muchas adolescentes embarazadas presentan malnutrición, mayor incidencia de aborto, partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer debido a que el útero de la mujer está físicamente inmaduro. A nivel social, la maternidad en la adolescencia puede ser causal de abandono escolar, lo que a futuro es un obstáculo para la obtención de oportunidades de desarrollo económico, que a su vez puede impactar en otros aspectos como la salud, las relaciones sociales y culturales.

Cada año a nivel mundial, 16 millones de mujeres adolescentes (15 a 19 años) resuelven un embarazo principalmente en países de ingresos bajos y medianos (95%), mientras que cerca de tres millones se someten a abortos, muchos de ellos de forma clandestina. (7)

A nivel nacional durante 2013, los datos de egresos hospitalarios señalan que, del total de egresos en mujeres de 15 a 19 años, 83.9% se debió a causas de tipo obstétrico, entre las que se encuentran embarazo, aborto, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, y otras afecciones. Muchas de las complicaciones que se presentan en el transcurso del embarazo pueden atenderse o incluso prevenirse por medio de la atención prenatal, que consiste en una serie de consultas sistematizadas cuyo propósito es vigilar la salud de la mujer y su producto. Esta es una de las intervenciones en salud más importantes porque permite la disminución de las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal. (7)

En México, la norma de salud en la materia señala que, en promedio, las mujeres deben recibir cinco consultas prenatales, las cuales deben iniciar en el primer trimestre

de gestación, con la finalidad de atender oportunamente los posibles riesgos de salud del binomio madre-hijo en el transcurso del embarazo.

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (73% al 93%). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por periodos 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, parto prematuro y rotura prematura de membranas ovulares.

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

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

Nota: Excluye a las mujeres de 15 a 19 años que no especificaron tiempo a la primera consulta prenatal.
Fuente: SSA (2015). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Bases de datos 2014. Procesó INEGI.

Para 2014, los datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), muestran que, en este grupo etario, 95.8% recibieron atención prenatal, siendo 6.8 el promedio de consultas prenatales 7. Por edad desplegada, las mujeres de 15 años son las que presentan los porcentajes más bajos de atención a la primera consulta prenatal (5.4% en el primer trimestre y 6.5% para el tercer trimestre); sin embargo, conforme avanza la edad, se observan porcentajes más altos de atención en la primera consulta. Cabe resaltar que 30.6% de las mujeres embarazadas de 19 años no recibieron atención prenatal. Las complicaciones durante el embarazo impactan en el desarrollo gestacional y las adolescentes tienen más probabilidades de presentar placenta previa, preclamsia y anemia grave y otras condiciones pueden generar abortos o mortinatos. En 2013, del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que presentaron un aborto, 18.7% son adolescentes. Respecto a los mortinatos en el mismo periodo, 17.9% de estos corresponde a mujeres de 15 a 19 años. (7)

Tabla 1 Nacimientos ocurridos por año, número de nacimientos de madres adolescentes (≤19 años), tasa y porcentaje de los nacimientos en este grupo de madres

Año	Total nacimientos	Hombres	Mujeres	No especificados	Adolescentes	Tasa	%
1990	2 735 312	1 378 259	1 356 261	792	466 554	27.9	18.0
1991	2 756 447	1 389 667	1 365 868	912	483 646	27.5	18.4
1992	2 797 397	1 410 179	1 386 794	424	447 355	27.1	16.7
1993	2 839 686	1 425 959	1 412 862	865	454 920	26.8	16.8
1994	2 904 389	1 462 458	1 441 367	564	461 919	26.3	16.9
1995	2 750 444	1 387 458	1 362 547	439	432 617	25.9	16.5
1996	2 707 718	1 365 863	1 341 619	236	424 529	25.4	16.4
1997	2 698 425	1 359 672	1 338 539	214	420 603	24.8	16.3
1998	2 668 428	1 345 837	1 322 244	347	422 751	24.3	16.5
1999	2 769 089	1 384 810	1 384 000	279	440 541	23.9	16.9
2000	2 798 339	1 398 877	1 398 703	759	445 775	23.4	17.1
2001	2 767 610	1 390 066	1 377 151	393	439 014	23.0	17.2
2002	2 699 084	1 345 504	1 350 142	3 438	431 637	22.6	17.2
2003	2 655 894	1 307 080	1 348 354	460	413 369	22.2	16.8
2004	2 625 056	1 302 411	1 322 074	571	420 249	21.8	17.2
2005	2 567 906	1 284 304	1 283 009	593	422 348	21.5	17.4
2006	2 505 939	1 254 600	1 250 937	402	409 357	21.1	17.2
2007	2 655 083	1 330 390	1 324 087	606	457 051	20.8	17.8
2008	2 636 110	1 320 177	1 315 435	498	457 929	20.4	18.3
2009	2 577 214	1 296 770	1 279 883	561	463 559	20.1	18.8
2010	2 643 908	1 326 612	1 317 023	273	475 784	19.7	18.8
2011	2 586 287	1 300 026	1 285 962	299	472 987	19.4	19.2
2012	2 498 880	1 262 938	1 235 719	223	468 116	19.2	19.4
2013	2 478 889	1 255 206	1 223 530	153	466 881	19.0	19.4

Fuente: INEGI: Estadística de natalidad

– Para 1990 a 2009: CONAPO. *Indicadores demográficos básicos 1990-2010*. www.conapo.gob.mx (Actualización enero de 2014).
 – Para el cálculo se usó la edad de la madre al momento del nacimiento (menores de 20 años). Incluye los nacimientos ocurridos en el extranjero. Además, excluye la edad de la madre no especificada.

4. Maternidad en adolescentes

La maternidad adolescente es usualmente inconsistente con las demandas sociales que implican la adultez como la educación, la experiencia laboral y la estabilidad financiera. Esta se relaciona significativamente con los índices de pobreza. Alrededor del 38% de los adolescentes gestantes viven en condiciones de pobreza o con bajos ingresos económicos familiares, evidenciándose que de estos en 83% presentan un parto y hasta el 60% han tenido un aborto.

Al menos una tercera parte de los padres adolescentes (sea padre o madre), provienen de embarazos adolescentes. Sin embargo, ha sido difícil establecer relaciones entre maltrato en la infancia y la presencia de maternidad adolescente, en algunas series se ha podido observar que hasta en un 50% - 60% de estos embarazos en la adolescencia temprana o media, se ha presentado abuso sexual o físico en la infancia.

El porcentaje de embarazos adolescentes donde uno de los padres es un adulto es incierto, algunos estudios sugieren un promedio del 7 – 67% (7)

5. Consideraciones psicosociales

Los problemas en el ámbito psicosocial del embarazo en adolescentes incluyen la interrupción de la escolaridad, la persistencia de pobreza, oportunidades vocacionales limitadas, separación de la pareja, divorcio y repetición de la gestación.

Cuando se evidencia la interrupción de la gestación por el adolescente, se logra observar generalmente una historia de deficiente nivel académico o pobre educación por parte de la misma. Sin embargo, se han encontrado factores que favorecen la culminación de los estudios, en adolescentes gestantes como lo son hogares pequeños, la disponibilidad de materiales de lectura en el hogar, oportunidades de empleo para adolescentes y la presencia de padres con altos niveles educativos.

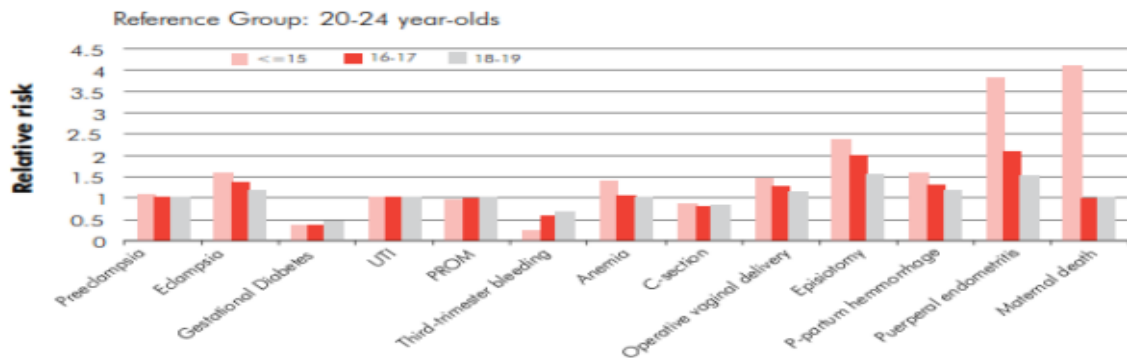
Se considera que un nuevo embarazo antes de los 18 años tiene un efecto negativo en la terminación de los estudios por parte de la madre. Actualmente más del 45% de las mujeres y el 48% de los hombres, en edad escolar han iniciado su vida sexual. El promedio de edad de la primera relación sexual es los 17 años para mujeres y 16 años para hombres, sin embargo, el 25% de los jóvenes manifiesta haber iniciado su vida sexual a los 15 años de edad. (9)

Las adolescentes son vulnerables a relaciones sexuales no consentidas, siendo la actividad sexual involuntaria reportada en un 74% en mujeres de 14 años y 60% en mujeres de 15 años. Se encuentra un reporte que indica el 11% de las mujeres y el 17% de los hombres han tenido 4 o más compañeros sexuales, siendo estas relaciones monógamas y de corto tiempo de vínculo afectivo. (9)

6. Mortalidad materna

En Latinoamérica según La OMS (Organización Mundial de la Salud) - MPS notes (Making pregnancy safer notes) encontró que la tasa de mortalidad materna en adolescentes menores a 16 años es 4 veces más común que la presentada en mujeres alrededor de los 20 años y representa casi un 13% de todas las muertes maternas; situación que puede explicarse no solo por la falta de acceso a los sistemas de salud o el estado socioeconómico sino que se considera que la edad materna en si se comporta como un factor independiente de riesgo para incrementar la mortalidad en éste grupo poblacional. (7)

Relative Risk of Adverse Outcomes by Maternal Age, Latin America



Tomado de World Health Organization (2008), Adolescent Pregnancy, Department of Making Pregnancy Safer, Geneva. MPS Notes, Vol. 1 N°1. 15.

Las complicaciones durante el embarazo en adolescentes y recién nacidos son causa de muerte entre los 15 y 19 años a nivel global. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen más riesgo de mortalidad que las embarazadas de 20 a 24 años. Comparado con las adultas, las adolescentes tienen mayores complicaciones en el embarazo como preeclampsia, parto prematuro, y complicaciones fetales como bajo peso al nacer.(8)

Las embarazadas adolescentes tienen más complicaciones que las adultas embarazadas por el desarrollo incompleto de los órganos pélvicos y por lo tanto partos pre términos, así como complicaciones respiratorias, y síndrome de distress respiratorio. Mas embarazos no planeados sufren más problemas de salud por la pobre educación. (8)

El bajo peso de la madre embarazada produce bajo peso del producto y el aumento de riesgo de parto prematuro, por otra parte, el incremento de peso materno, y excesivo peso aumenta el riesgo de preeclampsia e hipertensión, diabetes gestacional, macrosomía, dificultad del canal del parto y el incremento de cesárea.

6. Principales complicaciones en adolescentes

6.1 Bajo peso al nacer y prematurez

La incidencia de bajo peso al nacer (< 2500 gr), es más del doble que la incidencia de la misma en adultos, y la tasa de muertes neonatales (durante los 28 días pos parto), es cerca de 3 veces mayor (20), la mortalidad materna sin embargo es baja y puede llegar a ser el doble de la de la mujer adulta embarazada. Se considera que aproximadamente el 17% de los recién nacidos de madres adolescentes menores de 17 años son pretérmino comparado con el 6% de recién nacidos pre término de madres en edades entre 25 – 29 años. Este riesgo de parto pretérmino, se ha visto asociado en adolescentes de 14 años o menos, donde la pobreza, el bajo nivel educativo, el ser solteras, tabaquismo, uso de drogas y controles prenatales inadecuados, han contribuido a pobres finalizaciones de gestación. (11)

6.2. Trastornos hipertensivos

La mayoría de los estudios en cuanto a trastornos hipertensivos, han tratado de buscar la diferencia en cuanto a la mujer adolescente y la mujer adulta embarazada; evidenciándose un incremento de los trastornos hipertensivos en la mayoría de los mismos en la población adolescente.

De la misma manera se encontró una mayor tasa de trastornos hipertensivos en las mujeres nulíparas y siendo las adolescentes la mayor población nulípara no es raro que esto se haya presentado. Sin embargo, un cuidadoso análisis de la literatura no evidencia una razón suficiente que justifique que la incidencia de trastornos hipertensivos en las adolescentes sea mayor a la de las mujeres adultas con la misma paridad, así como no se encuentra una diferencia de esta razón en los diferentes países. (11)

6.3. Anemia

La Organización Mundial de la Salud, define como un nivel mínimo de hemoglobina en la mujer embarazada de 11 g/dl y un hematocrito mínimo del 31%. A nivel de los países en desarrollo se ha encontrado una mayor prevalencia de anemia en mujeres adolescentes embarazadas que en mujeres adultas, con presencia de niveles de hemoglobina < 10 g/dl. De la misma manera se encuentra que el riesgo de anemia en mujeres adolescentes embarazadas aumenta con edades < 17 años, en comparación a mujeres en edades entre 18 – 34 años.

La seriedad del problema en los países en desarrollo se encuentra subestimada, y esto radica en que la mayoría de los estudios realizan comparaciones entre los diferentes grupos de edad, pero no realizan un análisis del grado de anemia, que presentan las adolescentes embarazadas. Debido a que la prevalencia de anemia en todas las mujeres embarazadas es alta, la diferencia entre adolescentes y mujeres embarazadas puede ser relativamente baja. Sin embargo, la severidad de la misma puede ser diferente en los distintos grupos etáreos siendo la anemia una importante causa de mortalidad materna incluyendo adolescentes en los países en vía de desarrollo. Generalmente la causa de la anemia en las mujeres adolescentes no es el embarazo, en este periodo la causa principal es la deficiencia nutricional de hierro y ácido fólico y en los países en desarrollo la anemia y las parasitosis intestinales. (11)

6.4. DISTOCIAS

En los últimos años se ha observado a nivel mundial un incremento del 27.3% en las tasas de parto por cesárea, de acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, cerca del 60% de las cesáreas han sido atribuidas al diagnóstico de distocia(8), considerada esta como la presencia de trabajo de parto anómalo o difícil dado como consecuencia directa de tres anormalidades distintas que pueden presentarse manera independiente o combinadas, como lo son una insuficiente fuerza expulsiva materna, irregularidades fetales como mala presentación tamaño o posición y anormalidades de los huesos pélvicos y los tejidos suaves de la misma. La mayoría de los estudios de distocia e indicación de cesárea se han enfocado en dos factores de riesgo determinantes en un trabajo de parto anormal, como eficacia del mismo y tamaño fetal. (11)

DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA:

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias: Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud. Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud. (13)

Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso. El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

La desproporción cefalopélvica es diagnosticada por distocia en el trabajo de parto, el cual literalmente resulta de trabajo de parto retardado, inadecuado o disfuncional. Esto generalmente causa disfunción uterina (fuerzas de propulsión inadecuadas) o desbalance entre la pelvis materna y la cabeza fetal que previene complicaciones ya en el canal del parto.

Desafortunadamente la obstrucción del trabajo de parto resulta en muerte fetal, eventualmente maceración e infección al nacimiento del producto, y hemorragia posparto por atonía con o sin infección puerperal. La madre puede además cursar con fistula vesicovaginal o rectovaginal, infertilidad, y dolor pélvico crónico. (13)

Las tres Ps del parto.

El concepto de distocia puede ser el resultado de desproporción cefalopélvica (alteración entre la cabeza fetal y pelvis materna, mala posición de la cabeza dentro del canal de parto, o fuerzas uterinas de contracción. Estas juntas suman las 3 Ps del parto: 1. Pasaje: tejidos y huesos maternos. 2. pasajero: el feto. 3. Power (Fuerza). La clasificación la divide en pasaje o pasajero dentro de indicaciones relativas y absolutas de DCP.

Absolutas CPD—obstrucción mecánica permanente (Maternal)

- Pelvis contracturada
- Exostosis pélvica
- Espondilolistesis
- Tumor sacro coccígeo anterior

-Temporales (Fetal)

- Hidrocefalia
- Producto macrosómico

-Relativas DCP

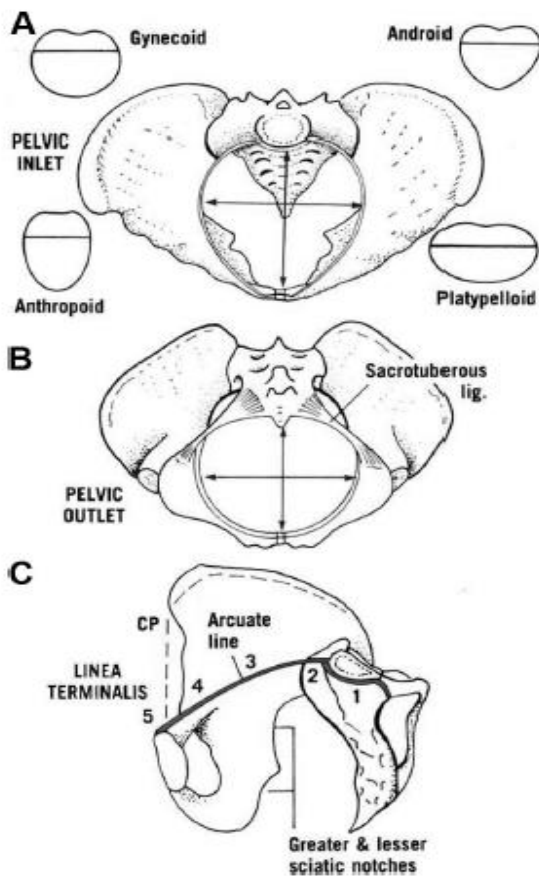
- presentación de cara
- presentación mentoposterior
- posición occipitoposterior
- producto deflexionado

Algunos médicos consideran que la pelvis se puede “probar” si es que ya tuvo un parto previo vaginal. Sin embargo, los fetos subsecuentes pueden ser de mayor peso y la anatomía materna puede cambiar entre embarazos. Ocasionalmente se puede desarrollar espondilolistesis lumbosacra entre embarazos lo que reduce el diámetro anteroposterior del borde pélvico representando una pelvis inadecuada con antecedente de pelvis adecuada previamente. (13)

Aunque el descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis puede estar obstruida por

los tamaños relativos de la cabeza fetal y la pelvis materna, esta se manifiesta con trabajo de parto en forma lenta, sin embargo, puede ser tratada con oxitocina. La ACOG ha declarado que la distocia no puede ser diagnosticada antes de presentar un adecuado trabajo de parto, en decir, trabajo de parto fase activa, con contracciones frecuentes, incluso administrando oxitocina, si se logra en menos de 2 horas incluso con posibilidad de 4 horas de adecuado trabajo de parto sin cambios cervicales, entonces se diagnóstica distocia. (13)

7. FORMAS DE LA PELVIS, DIMENSIONES Y MEDIDAS



1. GINECOIDE:

La pelvis clásica femenina. Con la entrada transversal oval y la cavidad pélvica superficial con el sacro amplio y curvo. La pelvis ginecoide tiene el ángulo subpubico mayor a 90 grados y espinas ciáticas romas.

2. ANDROIDE:

Este tipo de pelvis es más masculino. La forma de sus diámetros es caracterizada por forma de corazón, y forma de embudo en lo profundo de la cavidad. El sacro es más derecho que curvo, el ángulo subpubico es menor a 90 grados, y las espinas isquiáticas son prominentes. Este tipo de pelvis es el menos favorable para lograr un parto vaginal.

3. ANTROPOIDE:

Este tipo de pelvis resulta de alta asimilación, es decir, el cuerpo del sacro es similar a la 5ta vértebra lumbar. El

borde de la pelvis es largo, estrecho y en forma oval, el diámetro antero-posterior es mayor que el diámetro transversal, las paredes laterales divergen, y el sacro es más largo que cóncavo.

El ángulo subpubico es muy amplio, y las espinas isquiáticas no son prominentes.

4. PLATIPELOIDE: esta pelvis es amplia, y aplanada en el borde, con el promontorio del sacro hacia delante. Forma de riñón por los bordes. Las paredes laterales divergentes.

El sacro es plano, cavidad pélvica poco profunda. El diámetro transverso es mayor al diámetro antero-posterior. El ángulo subpubico es menor de 90 grados y las espinas isquiáticas son obtusas. (13)

DIAMETROS DE LA PELVIS:

La pelvis se divide en 4 planos imaginarios:

1. Plano de entrada pélvica: estrecho superior
2. Plano de salida pélvica: estrecho inferior
3. Plano de pelvis media: el que tiene menos dimensiones
4. Plano de máximas dimensiones pélvicas: sin importancia obstétrica

PLANO DE ENTRADA PELVICA:

Suelen describirse 4 diámetros en el plano de entrada pélvico: el anteroposterior, el transverso y dos oblicuos. El diámetro anteroposterior, corresponde a la distancia mas reducida entre el promontorio sacro y la sínfisis del pubis y se designa como conjugado obstétrico. De manera normal, mide 10cm o mas y es diferente del diámetro anteroposterior del plano de entrada pélvica, que se identifica como conjugado verdadero. El conjugado obstétrico se calcula de manera indirecta al restar 1.5 a 2cm del conjugado diagonal, el cual se obtiene al medir la distancia desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta el promontorio del sacro.

El diámetro transverso es trazado en angulo recto respecto del conjugado obstétrico y representa la distancia mas grande entre las crestas pectíneas a cada lado. Suele presentar intersección con el conjugado obstétrico en un punto casi 4cm frente al promontorio. En promedio es menor de 13cm.

PELVIS MEDIA:

Se mide a nivel de las espinas ciáticas, y corresponde al plano medio o de dimensiones pelvicas menores. Es de importancia particular después del encajamiento de la cabeza fetal en el trabajo de parto obstruido. El diametro interespinoso, de 10cm o ligeramente mayor, suele ser el diametro pelvico mas pequeño. El diametro anteroposterior mide 11.5cm a nivel de las espinas ciáticas.

PLANO DE SALIDA PELVICA:

Consta de dos superficies aproximadamente triangulares que no se encuentran en el mismo plano. Estas poseen una base común, que es una línea trazada entre las dos tuberosidades isquiáticas.

El ápice del triangulo posterior se encuentra en la punta del sacro y los limites laterales son los ligamentos sacrociaticos y las tuberosidades isquiáticas. El triangulo anterior está formado por la superficie bajo el arco púbico. Se describen casi siempre 3 diámetros del plano de salida pélvica: anteroposterior, transverso y sagital posterior.

8.CESAREA:

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. (17)

México tiene la más alta tasa de cesáreas entre 22 países seleccionados entre 2007 y 2008 (43.9%) seguido de Italia (39.8%) (13) y Corea del Sur (33.3%).

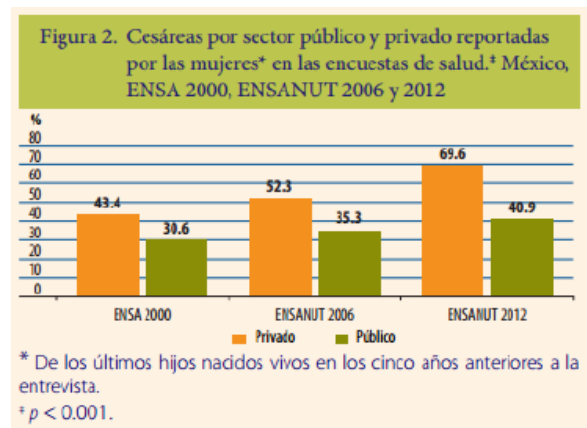
En el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias. (12)

Al analizar y comparar la práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años al pasar de 30 a 45% (12)



Por otro lado, la práctica de la cesárea por tipo sector de realización también se incrementó de 2000 a 2012 en 33.7% en el sector público (de 30.6 a 40.9%) y en 60.4% en el privado (43.4 a 69.6%) con lo que se amplía la brecha entre los sectores a través del tiempo. (12)

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 sobre el lugar donde atendieron el parto de su último hijo nacido vivo, muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para ISSTE/ISSTE Estatal (43 y 68% respectivamente) y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70% respectivamente)



TIPOS DE CESÁREA

. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.

- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

. Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

. Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica:
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento asciforme (Tipo Kerr):

Según incisiones abdominales:

TRANSVERSAS:

- Pfannestiel: incisión transversa cutánea a un dedo del pubis, puede ser estrictamente horizontal o ligeramente curva, requiere cuidadosa hemostasia.
- Mouchel: difiere de la técnica de Pfannestiel por el corte de los músculos rectos del abdomen.
- Bastein: incisión transversa en los planos parietales superficiales con desinserción de los músculos rectos del abdomen y exposición amplia.
- Misgav-Ladach o Stark: se realiza 3 cm por debajo de la línea que une a ambas espinas ilíacas anterosuperiores o tres dedos por arriba del pubis, la extensión es de aproximadamente 17cm.

VERTICALES:

- Media infra umbilical: es rápida, la ideal en casos de extrema urgencia, sencilla y ocasiona escaso sangrado.

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA:

Maternas, Fetales o Mixtas.

A) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica): • Estrechez pélvica. • Pelvis asimétrica o deformada. • Tumores óseos de la pelvis. Distocia de partes blandas: • Malformaciones congénitas. • Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto. • Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas. • Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto. Distocia de la contracción. • Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta) • Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc. (17)

B) Causas fetales:

Macrostomia fetal que condiciona desproporción cefalopélvica. Cesárea Segura 16 • Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal • Prolapso de cordón umbilical • Sufrimiento fetal • Malformaciones fetales incompatibles con el parto • Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal • Cesárea posmortem (17)

C) Causas mixtas:

• Síndrome de desproporción cefalopélvica • Preeclampsia/eclampsia • Embarazo múltiple • Infección amniótica • Isoinmunización materno-fetal (17)

INDICACIONES MAS FRECUENTES:

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

1.Desproporción cefalopélvica 2. Cesárea previa 3. Sufrimiento fetal 4. Ruptura prematura de membranas 5. Presentación pélvica.

9. VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Múltiples estudios han descrito las ventajas del parto vaginal por encima de la cesárea en la reducción de potenciales complicaciones tanto para la madre como para el feto. La información existente acerca de la terminación de gestación en adolescentes es basada en su mayoría en comparación con las mujeres adultas, pudiendo llegar a ser incluso contradictorias. La mayoría de publicaciones sugieren que en la población adolescente se presenta un aumento en la realización de cirugía obstétrica, esto debido a la mayor presentación de patologías que acompañan el embarazo en estos grupos de edad. Las mujeres adolescentes aún se encuentran en crecimiento y por

ende durante el embarazo van a aumentar de peso, esto conlleva a preguntarse si la inmadurez de los huesos pélvicos conduzca a obstrucción en el trabajo de parto. (2) (10)

9.1 CESÁREA EN ADOLESCENTES

Según datos de la OMS la tasa de cesárea en adolescentes varía de acuerdo al país y población a estudiar. En países desarrollados, la tasa de cesárea en adolescentes es generalmente más baja que en las pacientes mayores a 19 años. Por el contrario, en países en vía de desarrollo la incidencia en la realización de cesáreas es mucho mayor, situación que a su vez puede fácilmente variar de acuerdo a la actitud del obstetra, en especial la realización de cesárea como indicación en mujeres menores a 16 años en quienes debido a la inmadurez del canal del parto y de la pelvis, están en riesgo aumentado de distocia y otras complicaciones como desgarros perineales y fístulas

. Por otro lado, existe información contradictoria en cuanto a la terminación de la gestación en adolescentes con la presencia de patologías previas, puesto que se considera que el embarazo en adolescentes tiende a tener un aumento de patologías obstétricas per se, sin tener en cuenta la existencia de patologías sistémicas previas. Sin embargo, algunos autores sugieren que, así como existen patologías propias del embarazo que favorecen la realización de cesárea, existen otros factores que llevarían a ésta como la pobre atención prenatal y de alguna manera la presencia de inmadurez biológica que juega un papel importante en la decisión de finalización de la gestación por vía cesárea. (10)

Un estudio realizado en México por Torres y colaboradores, comparó mujeres adolescentes gestantes a término en relación a mujeres adultas con una media de edad de 16 años para las mujeres adolescentes encontrando en esta relación una realización de cesárea como vía de terminación de embarazo de 52.9% en mujeres adultas vs un 38% en adolescentes sin evidencia estadísticamente significativa de esta relación.

De la misma manera se encontró que cuando las adolescentes iniciaban sus controles prenatales en primero y segundo trimestre de gestación, resolvieron su gestación en manera similar en cuanto a parto vaginal y cesárea, mientras que aquellas con pobre o ningún control prenatal previo tuvieron una mayor presentación de cesárea que las mujeres adultas. El tipo de resolución obstétrica de la gestación que tuvieron los dos grupos de edad estudiados no presentó diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se evidenció que los embarazos que se interrumpieron por cualquier razón

antes del término requirieron un mayor número de realización de cesárea en mujeres adultas. (10)

10. Planteamiento del problema

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Ser madre adolescente es un factor de riesgo para la terminación del embarazo vía cesárea, y cuál es su relación basado en el control prenatal?

11. JUSTIFICACION:

El embarazo en la adolescencia es un problema con implicaciones, psicológicas, sociales, médicas y económicas, ya que las adolescentes requieren de un largo proceso para llegar a ser autovalentes desde el punto de vista social, por lo que es necesario que este periodo no se vea perturbado por la aparición de un embarazo, que además de ser extemporáneo, casi siempre es no deseado. El incremento en el embarazo en la adolescencia su contribución al crecimiento alterado de la población, sus efectos adversos sobre la salud del binomio y su contribución a la persistencia con la pobreza y la ignorancia.

La poca información que arrojan los estudios, la amplia variación de los resultados con respecto a la vía de parto, el incremento de las tasas de maternidad en las adolescentes (especialmente en menores de 15 años) y el incremento en las tasas de cesárea sumado a los altos riesgos que conlleva la presencia de embarazos en ésta población, su impacto negativo tanto para las adolescentes como para sus recién nacidos, su implicación en el contexto social, familiar y económico así como la alta frecuencia de su presentación en la población atendida en nuestra Institución son factores que permiten plantear un estudio que posibilite determinar cuál es la frecuencia de cesárea en pacientes primigestas entre 10 y 19 años atendidas en la institución, las indicaciones principales y sus factores asociados principalmente valorando el control prenatal de las pacientes, teniendo en cuenta la edad materna como factor principal de riesgo.

Lo anteriormente expuesto a motivado a realizar este trabajo con el objetivo de conocer los resultados de los partos en adolescentes ocurridos en nuestro hospital y crear las bases para la creación de la consulta especializada de gestantes adolescentes.

12. OBJETIVOS:

-General: Conocer la frecuencia e indicaciones de cesárea en pacientes adolescentes en Hospital Juárez de México en el lapso de 12 meses de 2017, y conocer la relación de estas en cuanto al control prenatal.

13. METODOLOGÍA

13.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Observacional. Retrospectivo. Transversal. Descriptivo.

13.2 DEFINICION DE LA POBLACION:

-Pacientes del sexo femenino, de 10 a 19 años que terminaron su gestación en hospital juarez de mexico, en un periodo de enero a diciembre de 2017

- CRITERIOS DE INCLUSION:

-Femenino embarazadas de 10 a 19 años

-Resolución del embarazo en el Hospital Juárez de México en 1 año. (2017)

-CRITERIOS DE EXCLUSION:

-Pacientes mayores a 19 años

-CRITERIOS DE ELIMINACION:

-Pacientes que soliciten su alta voluntaria antes de la resolución del embarazo.

-VARIABLES:

Gestas.

Control prenatal

Apgar

14. MATERIAL Y METODOS:

Esta investigación es de tipo documental, retrospectiva, transversal, analítico y descriptivo realizado en el hospital Juárez de México, con la finalidad de conocer las indicaciones y frecuencia de cesáreas en adolescentes y reconocer a este tipo de población como un factor de riesgo para incrementar las tasas de cesárea en hospital Juárez de México en periodo de enero a diciembre de 2017

Se empleó estadística descriptiva, y comparativa, se determinaron frecuencias tanto en variables categóricas como numéricas, se utilizó de acuerdo a pruebas de normalidad test de chi cuadrado para determinar valor estadístico, así como pruebas no paramétricos para análisis multivariado, mediante el programa SPSS

Versión 23, respaldado en hoja de recolección de datos de Excel versión 2016, datos que son verificables en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Juárez de México.

14.1 TECNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

- Expedientes clínicos
- Notas de evolución

15. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Mediante datos obtenidos en el expediente clínico del paciente, se obtendrán antecedentes de importancia y exploración física, así como resolución quirúrgica con hallazgos específicos de esta.

En notas de evolución clínica, se obtendrá indicaciones de la cesárea, diámetros de la pelvis.

Una vez recolectados los datos, se realizarán tablas y graficas de porcentaje y análisis de resultados.

15.1 RECURSOS

Materiales:

No se requiere

Humanos:

Personal médico del servicio de ginecobstetricia del área de tococirugía

Financieros:

No se requiere

15.2 ASPECTOS ETICOS

Se considera un estudio sin riesgo ya que las técnicas y métodos de investigación usados, serán de tipo retrospectivo y documental, en los que no se realiza ninguna intervención intencionada, utilizando para tal fin la revisión de Historias Clínicas y consolidados de cesáreas institucionales.

15.3 ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se requiere ya que no es un estudio prospectivo.

15.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se conforma de la siguiente manera:

- Recolección de datos de pacientes con diagnóstico posoperada de cesárea.
- Verificar indicación de cesárea, y asociar variables.
- Recolección de datos de todos los expedientes clínicos y vaciamiento de los mismos en tablas y gráficas.

16. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Identificamos en nuestra muestra total de pacientes de 204 adolescentes obtuvimos una edad media de 16 ± 1.22 años, nacimientos a término 164 (80.3%) 37 (18.13%) nacimientos pretermino de los cuales 72 (63.8%) fueron obtenidos por cesarea y 132 (34.3%) fueron obtenidos por parto. Las principales indicaciones de cesarea fueron prematuridad 11(21.2%) , baja reserva fetal 10 (13.8%), compromiso funicular 9 (12.5%) oligo-anhidramnios 9 (12.5), preeclampsia 9 (12.5%) entre otras causas. Ver tabla 1

De los nacimientos, 182 (87%) tuvieron 8 o más apgar al minuto y solo 5 (2.4%) apgar menor a 5 al minuto, 200 (96.6%) tuvieron apgar 8 o más a los 5 minutos y solo 1 (5%) fue menor a 5. Ver tabla 1.

Evaluando control prenatal de 0-4consultas 69 (63.9%) pacientes tuvieron parto y 39 (36.1%) fueron sometidas a cesárea $p=.50$

De las pacientes que obtuvieron 8 o más consultas prenatales 32 (66.6%) finalizaron la gestación por parto y 16 (30.4%) fueron sometidas a cesarea $p=.062$. ver tabla 2

Cuando comparamos control prenatal contra nacimientos a término y pretermino observamos que de 0 a 4 consultas, 76 (70.4%) fueron nacimientos a término y 32 (29.6%) fueron nacimientos pretermin. $P=.006$

De las que obtuvieron 8 o mas consultas prenatales, 45 (97.8%) obtuvieron nacimiento a término, y solo 1 (2.2%) fue nacimiento pretermino. $P=.001$. ver tabla 3, figura 1

Características generales de la población		
Edad * (años)	16 ± 1.22	
**APGAR MINUTO	8 ó más	182 (87%)
	5-7	16 (7.7%)
	Menor a 5	5 (2.4%)
**APGAR 5MINUTOS	8 ó más	200 (96.6%)
	5-7	2 (1%)
	Menor a 5	1 (.5%)
**INDICACIONES DE CESAREA	Prematurez	11 (21.2%)
	FFTP	5 (6.94%)
	Compromiso funicular	9 (12.5%)
	Oligo-anhidramnios	9 (12.5%)
	Malformaciones fetales	3 (4.16%)
	Preeclampsia	9(12.5%
	Electiva	2(2.77%)
	Cardiopatía	1(1.38%)
	Corioamnionitis	1(1.38%)
	Baja reserva fetal	10 (13.8%)
	Otras	12 (16.6%)
**CESAREA		63.8%
	72	
**PARTO		34.3%

**GESTA	132	174
	1	26
	2	3
	3	
* Media y desviación estandar **Numero y porcentaje		

CONTROL PRENATAL			
Variables	0 -4 consultas	5-7 consultas	8 o más consultas
*PARTO	69 (63,9%)	31(64.6%)	32 (69.6%)
*CESAREA	39 (36.1%)	17(35.4%)	14 (30.4%)
VALOR P	.502	.07	.062
*Número y porcentaje			

Tabla 2. Correlación control prenatal con resolución gestacional

CONTROL PRENATAL			
Variables	0 -4 consultas	5-7 consultas	8 o más consultas
*TERMINO	76 (70,4%)	43(89.6%)	45 (97.8%)
*PRETERMINO	32 (29.6%)	4 (10.5%)	1 (2.2%)
VALOR P	.006	.0001	.0001
*Número y porcentaje			

Tabla 3 Correlación de control prenatal con gestaciones a término o pretermino

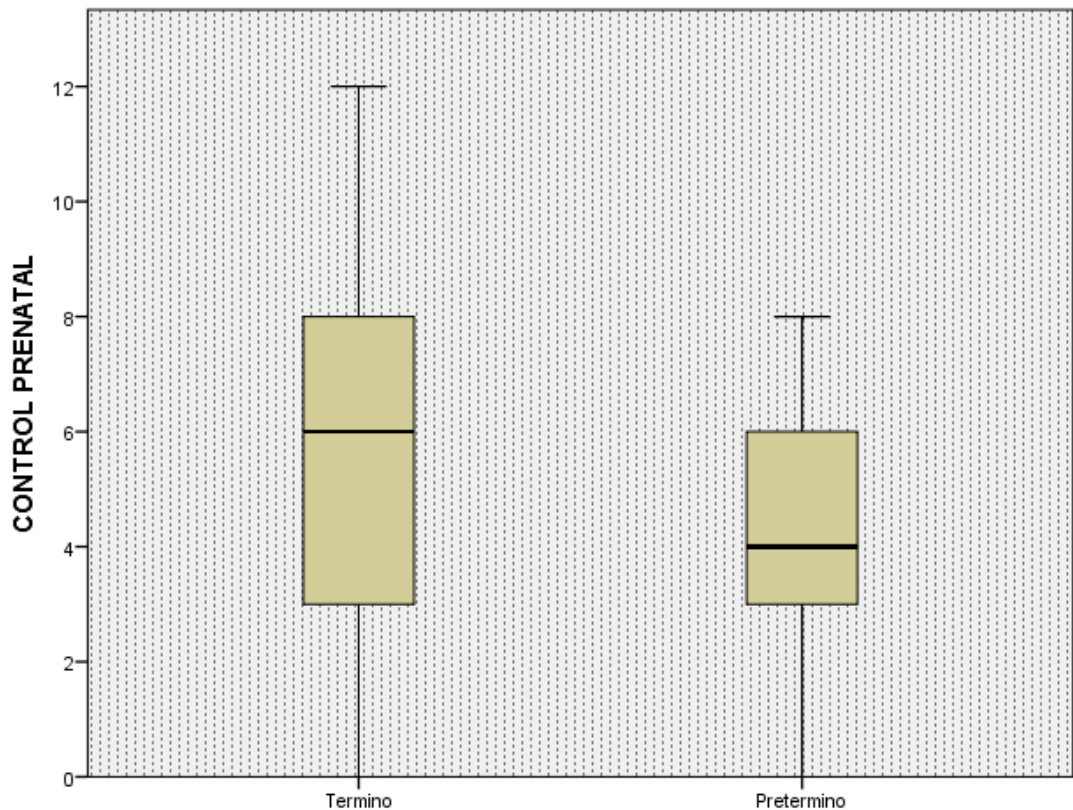


FIGURA 2 - Número de consultas prenatales en corrección con nacimiento a término y Pretermino.

DISCUSION:

Mediante este análisis se demostró que los términos de las gestaciones en adolescentes se presentan con mayor numero en productos de termino, sin embargo existe una relación significativa en cuanto a los productos preterminos y el menor numero de consultas prenatales, no así en relación al termino vía abdominal o vaginal en cuanto al control prenatal, ya que se vio que el mayor numero de adolescentes termian el embarazo por vía vaginal, y las que lo hacen por vía abdominal tienen como principales indicaciones la prematurez, la cual si se relaciona al menor numero de control prenatal con p significativa, continuando con baja reserva fetal, compromiso funicular y preeclampsia. Sin embargo no se logra determinar que el control prenatal y la edad de la paciente este relacionada al termino de la gestación vía abdominal, así como la calificación de apgar en la cual se observo en mas del 96% de las pacientes puntuación mayor a 8 a los 5 minutos, lo cual concluye que independientemente del termino e indicación de la cesarea según sea el caso, no hay mayor población de hipoxia entre los recién nacidos corroborado por apgar como único parámetro.

CONCLUSION :

De acuerdo a este análisis se concluye que faltan mas estudios que avalen la relación de control prenatal con la edad gestacional del termino del embarazo en adolescentes ya que se demostró en este estudio estadísticamente significativo la relación del bajo control prenatal con la prematuridad, además de ser esta la primera indicación de cesarea en adolescentes, sin embargo no se logra demostrar estadísticamente el ser adolescente como factor de riesgo para termino de la gestación vía abdominal, y se establece que faltan mas estudios de seguimiento que puedan concluir y mas datos y variables sobre esto.

BIBLIOGRAFIA:

1. Damle LF, Wilson K, Huang C-C, Landy HJ, Gomez-Lobo V, Do they stand a chance? Vaginal birth after cesarean section in adolescents compared to adult women, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* (2014)
2. Katz Eriksen J, Melamed A, Clapp M, Little S, Zera C, Cesarean delivery in adolescents, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* (2016)
3. <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/7336/5/PROTOCOLO%20TRABAJO%20DE%20GRADO%20CESAREA%20Y%20ADOLESCENCIA>.
4. <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0>.
5. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. Recuperado el 22 de junio de 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

6. Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2012, 9 de octubre). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
7. Subsistema de Información sobre nacimientos ocurridos (SINAC). Base de datos 2014.
8. World Health Organization and Department of Reproductive Health and Research, Department of Child and Adolescent Health And Development. "Adolescent Pregnancy Issues in Adolescence Health and Development" 2010, Geneva
9. UNICEF. "La Adolescencia una Época de Oportunidades". Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. 2011.
10. Maternal and Fetal Outcomes of First and Second Pregnancy in Adolescents: A Retrospective Study Abo Bakr Abass Mitwaly^{1,2*} and Ali Mahmoud El Saman Medical Journal of Obstetrics and Gynecology 2016
11. Journal of Perinatology (2016), 1–6 © 2016 Nature America, Inc. All rights reserved 0743-8346/16 www.nature.com/jp ORIGINAL ARTICLE Influence of gestational weight gain and BMI on cesarean delivery risk in adolescent pregnancies ME Beaudrot¹ , JA Elchert¹ and EA DeFranco
- 12 <https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf>
13. Assessing Cephalopelvic Disproportion: Back to the Basics Dushyant Maharaj, MBBS, Dip Tert Teach, DMAS, FCOG (S.A.), FRANZCOG Senior lecturer, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Otago, Wellington, New Zealand; and Consultant, Department of Obstetrics and Gynecology, Women's Health, Wellington Regional Hospital, Wellington, New Zealand
14. Cesarean section indications and anthropometric parameters in Rwandan nulliparae: preliminary results from a longitudinal survey Jean-Baptiste Kakoma^{1,2,&} ¹University of Lubumbashi Faculty of Medicine and School of Public Health, Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo, ²University of Rwanda, College of Medicine and Health Sciences, Schools of Medicine and Public Health, Kigali, Rwanda
15. ARTÍCULO ESPECIAL Protocolo de indicación operación cesárea Patricio Gayán B1, Jorge Varas C2, Ana M. Demetrio R3, José Lattus O4. 2009
16. CESAREAN SECTION DR. CARLOS SCHNAPP S., DR. EDUARDO SEPÚLVEDA S., DR. JORGE ANDRÉS ROBERT S. (1) 1. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes. 2014
- 17 www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.

18.ENSANUT, Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir tendencia y mejorar la calidad del parto, 2012

19.Yoshiko Nino. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it
BioScience Trends 2011; 5(4); 139-150