

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

TRABAJO DE GRADUACIÓN

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES

ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR
ESPECIALIZADA SAN JACINTO DURANTE EL PERÍODO DE ABRIL A
DICIEMBRE DEL 2021

TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORADO EN
MEDICINA

PRESENTADO POR:

CASTANEDA ANCHETA KATYA ROSMERY
CHACÓN LEÓN GABRIELA GUIDALTHY
CHÁVEZ RIVAS KATERINE OSIRIS

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE DE 2022

Dra. Cristina Juárez de Amaya
Rectora

Dra. Mirna García de González
Vicerrectora Académica y de facultades

Dra. Nuvia Estrada
Vicerrector de Investigación y Proyección Social

Ing. Sonia Rodríguez
Secretaria General

Dr. Carlos Monchez
Decano Facultad de Medicina

San Salvador, septiembre de 2022

Contenido

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
A. Situación problemática.	6
B. Enunciado del problema.	8
C. Objetivos de la investigación.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
D. Contexto de la investigación	8
E. Justificación	9
F. Factibilidad	10
CAPITULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	11
TIPOS DE ADOLESCENCIA.	13
INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.....	14
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	15
CONTROL PRENATAL.....	16
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	18
1. GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO.....	18
2. ANEMIA	19
3. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.....	20
4. VAGINOSIS.....	21
5. PARTO PREMATURO.....	22
6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA.....	23
7. ABORTO.....	23
8. RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	25
9. PREECLAMPSIA EN ADOLESCENTES	26
10. PARTO DISTOCICO	26
11. ATONIA UTERINA.....	27
12. DESGARROS EN PARTOS DE ADOLESCENTES	28
TIPO DE PARTO.....	28
CAPITULO III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	30
A. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	30
B. SUJETOS Y OBJETO DE ESTUDIO	30
1. Unidades de análisis. Población y muestra	30

2.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	30
3.	VARIABLES E INDICADORES.....	31
C.	Técnicas, materiales e instrumentos.....	36
1.	Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información	36
2.	Instrumento de registro y medición.....	36
3.	Matriz de congruencia.....	36
D.	Aspectos éticos de la investigación	36
E.	Procesamiento y análisis de la información	37
F.	Cronograma de actividades.....	37
G.	Presupuesto	37
H.	Estrategia de utilización de resultados	37
	CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	38
A)	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	38
B)	DISCUSION DE RESULTADOS	46
	CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
	CONCLUSIONES	49
	RECOMENDACIONES	50
	ANEXOS	51
	BIBLIOGRAFIA.....	60

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madre. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Para la investigación se tomó en cuenta a la totalidad de adolescentes embarazadas, las cuales fueron 75. Los resultados del estudio luego de ser clasificados y cuantificados se presentan mediante tablas y graficas dónde se expresa la frecuencia con que se encontró cada variable en la población en estudio, observándose que más del 50% de las usuarias en estudio pertenecen a la adolescencia tardía (14-16 años). En los resultados obtenidos en la presente investigación es preocupante el predominio de la sexarquia en la adolescencia media (14-16 años) con un porcentaje de 49.23%, lo que incide en la deficiencia de los programas educativos dirigidos a la adolescencia. La Ganancia de peso de las adolescentes embarazadas fue inadecuado en el 89.23%, lo cual trae consecuencias negativas tanto para la gestante como para el feto. Las principales complicaciones que tuvieron las embarazadas son; infección de vías urinarias (IVU) en 49%, vaginosis bacteriana en un 61.53%, y en un alto porcentaje tuvieron ambas patologías con un 43.08% de las gestantes.

Palabras clave: El Salvador, adolescentes, características clínicas, complicaciones.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño.

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud tanto por sus implicaciones socioeconómicas, de salud y educación, a nivel individual interfiriendo en el desarrollo que limita las oportunidades en su proyecto de vida. El Salvador registró 410 embarazos en niñas de 10 a 14 años entre enero y septiembre de 2021, 31 casos más que los reportados en el mismo periodo del año 2020, aumentando en un 8,2 %.

Para ello, en el primer capítulo se describe la situación problemática detallando los principales riesgos maternos, por lo cual el objetivo de este trabajo es identificar las características clínicas y epidemiológicas que presentan los embarazos en adolescentes atendidas en Unidad Comunitaria de Salud Familia – Especializada (UCSF-E) San Jacinto durante el período de abril a diciembre del 2021, donde se atendieron 75 adolescentes embarazadas en dicho periodo.

En el segundo capítulo se expone la fundamentación teórica donde se plantean los principales factores de riesgos y complicaciones gineco-obstetras que presentan las adolescentes embarazadas.

En el tercer capítulo se detalla la metodología de la investigación teniendo un enfoque de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo; teniendo como unidad de análisis todas las usuarias embarazadas de 10-19 años que asistieron a UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021. El instrumento a utilizar será la ficha de recolección de datos la cual consta de 19 ítems, los resultados obtenidos serán procesados en Microsoft Excel 365.

El análisis de la información se encuentra en el capítulo cuatro, esta se divide en dos apartados; el análisis descriptivo que consta de los resultados del estudio, luego de ser clasificados y cuantificados, se presentan mediante tablas y gráficas donde se expresa la frecuencia con que se encontró cada variable en la población en estudio y la discusión de resultados en donde se comparan los resultados obtenidos en esta investigación con otros estudios realizados dentro de la bibliografía abordada.

En el capítulo cinco se visualizan las conclusiones de esta investigación junto con las recomendaciones que se brindan a las diferentes autoridades correspondientes, con el propósito de beneficiar con este estudio a las jóvenes adolescentes y evitar embarazos no deseados.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A. Situación problemática.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años (1).

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, pueden ser: patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes (1).

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado(1).

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de Apgar, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser que su desarrollo depende de otro individuo que no ha completado el suyo (1).

Por tanto, ésta es en sí una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Sin embargo, otros de los riesgos a que se exponen la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente dependen de la edad de la madre en sí, sino que pueden reflejar una serie de condiciones tanto de salud como sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyen a la sexualidad precoz y desprotegida de estas jóvenes. Quizá la convergencia de ambos tipos de factores de riesgo, tanto los que no son inherentes al embarazo en la adolescencia como los que se asocian con este fenómeno, determinan que sea tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes (2).

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madre que repercute en otras áreas como la salud y la educación interfiriendo en el desarrollo que limita las oportunidades en su proyecto de vida (2).

Además de los problemas médicos a que se exponen por los riesgos inherentes a la maternidad a temprana edad; las jóvenes que se embarazan antes de los 20 años sufren posteriormente problema socioeconómico ya antes mencionados incrementando sus posibilidades de: recibir menos educación, tener mayor dificultad para conseguir empleo, sufrir el abandono de su pareja, vivir en la pobreza. Cabe mencionar el riesgo obstétrico que pueden presentar las adolescentes embarazadas, ya que se ha observado mayor frecuencia de complicaciones como: niños de bajo peso al nacer, prematuros, preeclampsia, anemia (2).

Por ende, es importante conocer los diferentes factores y complicaciones que puede presentarse en las embarazadas, así como también educar a la población acerca de la planificación familiar y cuidados para disminuir las altas tasas de embarazo en adolescentes.

B. Enunciado del problema.

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas que presentan los embarazos en adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto durante el período de abril a diciembre del 2021?

C. Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Identificar las características clínicas y epidemiológicas que presentan los embarazos en adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto durante el período de abril a diciembre del 2021.

Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas atendidas en la UCSF-E San Jacinto.
2. Enlistar los antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en la UCSF-E San Jacinto.
3. Identificar las complicaciones que presentaron durante el embarazo las adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto.
4. Detallar el tipo de parto que tuvieron las embarazadas adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto.

D. Contexto de la investigación

El estudio de la caracterización clínica y epidemiológica de embarazos en adolescentes se llevará a cabo en la UCSF-E de San Jacinto situada en el departamento de San Salvador municipio de San Salvador, esta unidad especializada cuenta con una atención integral que según datos de el plan operativo anual 2021 se tenían previstas aproximadamente 600 atenciones en control prenatal, de las cuales se brindaron 365 en el periodo de Abril a Diciembre del año 2021, 75 atenciones fueron para embarazos en adolescentes.

E. Justificación

El embarazo en niñas y en adolescente tiene consecuencias inmediatas y duraderas en la salud, en la educación, en el desarrollo integral y en el potencial para que una niña obtenga ingresos. No solo es una situación de riesgo para su salud, ya que también implica la pérdida de oportunidades educativas, una limitante para desarrollar su potencial como agentes productivos y sociales, y un factor condicionante que perpetúa la pobreza, la exclusión y la discriminación (3). El Salvador registró 410 embarazos en niñas de 10 a 14 años entre enero y septiembre de 2021, 31 casos más que los reportados en el mismo periodo del año 2020, aumentando en un 8,2 %. Y se registraron 9.889 embarazos en niñas y adolescentes entre enero y septiembre del 2020 (4).

La inmadurez de su sistema reproductor se ve afectado en un embarazo no deseado a tan corta edad, lo que predispone a posibles complicaciones durante y después de la gestación que ellas desconocen y también conlleva mayores riesgos médicos como: anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte peri natal, problemas psicológicos en la madre (depresión postparto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros). (5)

Hay estudios que indican que los programas de educación sexual postergan el inicio de la actividad sexual entre las adolescentes, y a su vez mejoran el uso de métodos anticonceptivos entre las personas sexualmente activas, por lo que reduce la prevalencia del embarazo en adolescentes.

A pesar de las altas cifras de esta entidad, actualmente se cuenta con programas y estrategias que pueden ayudar a disminuir el número de embarazos en adolescentes, sin embargo, estos no se ejercen de una forma activa y no se les da la importancia que amerita. La UCSF-E San Jacinto además de poseer una amplia cobertura a nivel de región metropolitana, también cuenta con Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF) que cubre una gran parte de la región sur de San salvador y proporciona datos de suma importancia en la muestra de estudio,

es por eso que como equipo de investigación se compartirán los resultados obtenidos con el fin de fortalecer el programa atención integral en salud al adolescente con el que cuenta el Ministerio de Salud en el primer nivel de atención, dándole mayor énfasis en el componente de salud sexual y reproductiva, y socializar al personal de salud sobre la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes del 2017-2027.

F. Factibilidad

Para la realización del estudio no se presentaron limitaciones geográficas ya que las tres integrantes del equipo de investigación residen en el departamento de San Salvador, además el establecimiento donde se llevó a cabo la investigación es de fácil acceso geográfico.

Se cuenta con previa autorización y apoyo del director de UCSF-E San Jacinto, además del epidemiólogo y grupo de estadística.

El financiamiento, será provisto por los integrantes del trabajo de investigación.

CAPITULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se define como: embarazo que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.” De manera consistente en que las Naciones Unidas define la adolescencia, se considera embarazo en la adolescencia aquel embarazo que ocurre entre las edades de 10 a 19 años (6).

En Latinoamérica se tienen las tasas de fecundidad más altas en el mundo, sólo superada por África. El Salvador reportó en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2014 una tasa de fecundidad de 74 en adolescentes de 15 a 19 años, durante el 2015, en el país se registraron 83 478 embarazos a nivel nacional, siendo 25 132 correspondientes a niñas y adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. En general se acepta que las adolescentes con mayores riesgos de embarazarse no tienen atención preconcepcional, las embarazadas inician tardíamente sus atenciones prenatales y son menos consistentes en asistir a los mismos (7).

En un estudio de tipo transversal retrospectivo descriptivo en Colombia se entrevistaron 15 mujeres que fueron madres adolescentes en hospitales de Bogotá y externas. Se obtuvo información del estado civil anterior, durante, después del nacimiento del primer hijo y el actual, se observó que predomina el estado civil soltero antes de dar a luz al primer hijo. Durante el embarazo, alrededor del 40% de las entrevistadas optaron por la unión libre o el matrimonio legal. Después del nacimiento del primer hijo un 53% de las mujeres estaban con su pareja; actualmente, de las 15 entrevistadas el 60% están unidas, 33% permanecen solteras, y una minoría se encuentra separada (6,6%) (8).

En América Latina y El Caribe (ALC), aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53 - 71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La sexarquia es de aproximadamente 15-16 años, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años. Para Colombia en 2010, entre jóvenes de 20 y 24 años, el 14% tuvo su primera relación

antes de cumplir 15 años, 60% antes de cumplir 18 años y 82% antes de cumplir 20 años. Para Mendoza y Cols, 15% de los adolescentes y jóvenes han iniciado sexarquia en la adolescencia temprana, 44,8% en la adolescencia media y 40,2% en la adolescencia tardía. (9)

Un estudio transversal a través de metodologías cuantitativa (encuesta semiestructurada) y cualitativa (técnica de grupo focal y entrevistas individuales), con una muestra de 277 adolescentes (15 a 19 años) usuarios del Hospital de El Carmen, en el año 2010. El 12% de varones y mujeres habían iniciado su vida sexual (el 42% de los varones y el 22% de las mujeres, antes de los 15 años). Aunque todos reconocían que la responsabilidad es de ambos, las mujeres consultaron más el programa que los varones (el 40% y el 13,5% respectivamente) y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones. Los adolescentes de ambos sexos siguen teniendo concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos (10).

Con respecto a la paridad en EE. UU. en el 2001 la tasa de nacimientos fue de 35,7 por 1.000 mujeres nulíparas de 15-19 años comparado con 175,1/1.000 mujeres del mismo grupo de edad, pero con un parto previo. Además, algunos estudios longitudinales muestran que las gestantes adolescentes con antecedente de parto previo tienen mayor riesgo de subsecuentes partos pre término, bajo peso al nacer, y fetos muertos anteparto. Sin embargo, otros estudios señalan que los riesgos perinatales son mayores en adolescentes nulíparas que en adolescentes con parto previo (11).

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. En Chile, en el año 2000 la deserción escolar en la enseñanza básica y media fue de 11,3%, correspondiendo de este porcentaje, 9,9% a la enseñanza media con 106.000 adolescentes entre 14 y 17 años y 1,4% a la enseñanza básica (12).

TIPOS DE ADOLESCENCIA.

- Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (6).

- Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (6).

- Adolescencia tardía (17a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (6).

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años. Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales

como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico (6).

En lo Biológico se altera el vínculo madre e hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos, y cesáreas, en el niño bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas. Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su escuela, sus amigas, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes (6). Sin embargo, la mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente, porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad (13).

INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

El inicio de las relaciones sexuales es muy variable entre las personas y, sin embargo, la precocidad y la promiscuidad de los jóvenes parece que han ido en aumento (14).

Sin entrar en prohibiciones morales o religiosas, el problema de la precocidad sexual es que se relaciona con otras prácticas sexuales de riesgo. Los adolescentes que se inician a edades muy tempranas refieren con mayor frecuencia tener una infección de transmisión sexual (ITS), un mayor número de parejas sexuales y un menor uso del preservativo (14).

Junto a todo lo anterior, el embarazo no deseado es otro riesgo relacionado con la precocidad sexual. El Observatorio de Salud Reproductiva del Consejo Superior de

Investigaciones Científicas señala que, en los últimos años, se ha producido un aumento continuo del número de embarazos en la adolescencia, de manera que en la población de 15 a 19 años de edad la tasa de embarazos por mil mujeres ha pasado de 15,12 en 1999 a 24,21 en 2009. Algo similar ha ocurrido con la tasa de fecundidad para este grupo de edad (14).

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El estudio de las sustancias psicoactivas es de gran importancia en el curso de la gestación, ya que la mayor parte de las drogas atraviesan la barrera placentaria y pueden influir sobre la madre y/o el producto de la concepción ya sea por teratogenicidad, por producir complicaciones en la madre, o ser capaz de ocasionar el síndrome de abstinencia en la madre y en el niño, entre otras complicaciones.

Cada año nacen más niños bajo el efecto de drogas consumidas por sus madres, lo que implica anomalías morfológicas y déficit funcionales cognitivo-afectivos implícitos en el nuevo concepto de teratogenias conductuales, afectación temperamental que propende a las conductas disóciales y al consumo de sustancias. Las consecuencias que puede sufrir el producto en gestación cuando su madre es adicta a sustancias lícitas o ilícitas, dependen de varios factores: la edad de gestación, el tipo y cantidad de sustancias consumidas, su cronicidad y las diversas combinaciones de ellos. Los peligros para el feto son tener malformaciones congénitas, prematuridad, retardo en el crecimiento físico al final del embarazo, síndrome de abstinencia, adquisición de una infección por transmisión sexual, muerte súbita o ser abortado. A pesar de estos peligros, el consumo de sustancias lícitas, ilícitas o ambas, por las embarazadas depende de sus condiciones biológicas y socioculturales. La muerte súbita del lactante es una de las causas más frecuentes de mortalidad infantil después del período neonatal (15).

Un número elevado de mujeres consume drogas legales o ilegales durante el embarazo, y ello representa un problema de salud que tiene gran repercusión clínica, social y psicológica para el recién nacido y su madre adolescente. En la práctica no debe olvidarse que raras veces se utiliza una única droga, sino la

asociación de varias por lo que es difícil relacionar situaciones clínicas concretas con una droga determinada (15).

El tabaquismo durante el embarazo ha sido implicado en numerosas patologías obstétricas, neonatales y del desarrollo. La exposición al cigarrillo in útero es considerada como una forma diferente de exposición pasiva ya que el feto no está directamente expuesto al humo. Las concentraciones de nicotina y cotinina en mujeres fumadoras durante el embarazo y en sus hijos al nacer, indican que estos últimos tienen exposición sistémica a las toxinas del tabaco desde el momento de la concepción, presentando los mismos niveles (16).

CONTROL PRENATAL

El control prenatal se define (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, acompañamiento prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o atención prenatal) como el conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivo promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Puede ser utilizado en la disminución de la morbilidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales para equiparse convenientemente en cuanto a medicamentos, materiales quirúrgicos, banco de sangre, limpieza e higiene, dotación de sueros, tocólisis, etc.) también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido (17).

Un control prenatal debe tener tres aspectos fundamentales, el primero es que debe ser **Precoz**, es decir, la primera visita debe realizarse temprano; en lo posible durante el primer trimestre de gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento y protección, que constituyen la razón fundamental del control, además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en

cuanto a las características de la atención obstétrica. El segundo aspecto es que debe ser **Periódico**, es decir, la frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo (17). En tercer lugar, el control prenatal debe ser **Completo**, es decir, que los contenidos mínimos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo tanto, la atención incluiría exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de parto, atención odontológica, vacunación antitetánica, atención nutricional, apoyo psicológico, educación para la salud, preparación psicoprofiláctica, estimulación prenatal, así como enseñar a las madres a prepararse para la lactancia (17).

Las adolescentes de 15 a 19 años representan 20% de los controles prenatales y las menores de 15 años 0.8%. El 36% de éstas presenta riesgo psicosocial (baja escolaridad, violencia, abuso de sustancias, ingreso tardío a control) (18).

Estudios internacionales evidencian que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente. Se identifican barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilización y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años. Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas (18).

Los controles prenatales en madres adolescentes son inadecuados por parte de las mismas, lo que conlleva a consecuencias negativas para la madre e hijo. Es por ello que es de suma importancia la función educativa que se realiza frente a la embarazada y su familia. Mediante programas o charlas, así como también una serie de actividades en donde educa a la madre sobre dichos controles y otros cuidados que se deben de tener durante el embarazo y el parto (19).

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación (20).

El embarazo en adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia (21). Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Se demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores de 16 años estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna, en los pacientes menores de 16 años los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma (21).

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 (20).

1. GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO

El Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos, desarrolló recomendaciones para estimar la ganancia de peso gestacional de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) pregestacional. Estas recomendaciones realizadas en el año 1990, establecían que la ganancia de peso en adolescentes se debía ubicar en el rango superior de acuerdo a su IMC pregestacional. En el año 2009 estas recomendaciones fueron reelaboradas, en donde se estableció que la edad materna modifica la ganancia de peso gestacional. Sin embargo, no se formularon

directrices específicas para la población de adolescentes debido a la falta de datos concluyentes (22).

Por otro lado, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adolescencia es alarmante. Según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud- ENNyS, el 17,7% de las adolescentes entre 10 a 14 años presentan sobrepeso y el 5,8% obesidad, mientras que aquellas mujeres de entre 15 a 19 años el porcentaje de sobrepeso y obesidad es de 14,2% y 5,7%, respectivamente. Más de dos tercios de las adolescentes con sobrepeso u obesidad serán luego adultos con obesidad y la prevalencia del Síndrome Metabólico aumenta paralelamente al incremento del IMC durante la infancia y adolescencia (22).

El cálculo de IMC pregestacional se calcula con los datos de peso y talla, la ganancia de peso se calcula comparando el peso pregestacional y el último peso registrado, mientras que la adecuación de la ganancia de peso se puede categorizar siguiendo los lineamientos de IOM. Las mismas definen al IMC pregestacional (calculada como peso en kg/ talla en m²) tanto en embarazadas adolescentes y en adultas como: bajo peso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sobrepeso (IMC 25- 29,9) y obesidad (IMC >30). Según IMC pregestacional, la recomendación de ganancia de peso es de 12,5-18 kg en mujeres con bajo peso, 11,5-16 kg en mujeres normopeso, 7-11,5 kg en mujeres con sobrepeso y por último 5-9 kg en mujeres con obesidad. Cuando se observan valores por debajo de las recomendaciones, la ganancia de peso es insuficiente; si los valores exceden las recomendaciones, la ganancia de peso es superior; si los valores están dentro de las recomendaciones, la ganancia de peso es adecuada (22).

2. ANEMIA

La anemia es un problema de salud pública a nivel mundial, por tanto, América Latina no es la excepción. Su prevalencia en el embarazo varía considerablemente por diversos factores como: la edad, la condición social y el estilo de vida (23).

Anemia en las gestantes se define como la disminución de la masa de hemoglobina durante el período gestacional. Se considera anemia una Hb < 11 g/dl en el primer y tercer trimestre, y <10.5mg/dl en el segundo trimestre del embarazo (24).

El embarazo adolescente trae consigo problemas como el mayor riesgo de anemia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005 la anemia afectó a 1,620 millones de personas en el mundo, cerca del 24,8% de la población mundial, donde los grupos más afectados son los niños en edad preescolar (47,4%) y gestantes (41,8%) (6). La anemia en el embarazo incrementa la morbilidad materna y feto-neonatal siendo considerado como un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo (25).

En el Perú, un cuarto de las gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del ministerio de salud presenta anemia, este evento se ha mantenido durante los años 2009 a 2012, las cifras presentadas en este estudio se encuentran dentro de los rangos de países latinoamericanos, en México se determinó una frecuencia del 15 a 93%; en Venezuela, para el año 2012 osciló entre 14,9 y 78,0%, y en Colombia la frecuencia de anemia en gestantes adolescentes fue del 15% para el año 2009, para el año 2012 el 15,8% presentó anemia en el primer trimestre, 16,6% para el segundo trimestre, la proporción entre gestaciones únicas y múltiples fue similar (25).

3. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, únicamente superada por la anemia y la cervicovaginitis; si no es diagnosticada y adecuadamente tratada puede llegar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y el feto. Las infecciones de vías urinarias ocurren entre el 1 a 3% del total de mujeres adolescentes, incrementándose marcadamente su incidencia después del inicio de la vida sexual activa. Algunas condiciones como la existencia de malformaciones congénitas del aparato urinario, la instrumentación de las vías urinarias, diabetes, los trastornos de la estática pélvica, problemas obstructivos y el embarazo incrementan la incidencia de estas infecciones (26).

Diversos factores predisponen a la mujer embarazada a una mayor frecuencia de infecciones urinarias; entre los principales tenemos: hidronefrosis fisiológica durante la gestación, uretra corta, cambios vesicales predisponen al reflujo vesicoureteral, estasis urinaria y cambios fisicoquímicos de la orina. La compresión

de los uréteres por el útero grávido y las venas ováricas lleva a la dilatación progresiva de los cálices, la pelvis renal y los uréteres, cambios que comienzan a finales del primer trimestre y progresan a lo largo de toda la gestación (26).

Durante el año 2015 en la maternidad “mariana de Jesús”, Ecuador; se atendieron 5040 gestantes adolescentes, con una muestra solo de 196 pacientes, 49,0% del total de embarazadas adolescentes con IVU; con respecto a la edad, el grupo de mayor frecuencia fue las de 15 a 17 años, con una media de 16.47 ± 1.13 años (26).

4. VAGINOSIS

Las embarazadas a menudo tienen aumento de la secreción vaginal que en muchos casos no es patológico. La flora microbiana vaginal brinda protección contra la infección. El proyecto del microbioma humano está en proceso para aclarar la composición y la función de la microflora vaginal normal (27).

La vaginosis bacteriana no es una infección en sentido estricto, sino una mala distribución de la flora vaginal normal. La cantidad de lactobacilos disminuye y hay una nueva expresión excesiva de bacterias anaeróbicas, que incluyen *Gardanella vaginalis*, *Mobiluncus* y algunas bacteroides. Hasta el 30% de las mujeres en edad reproductiva tienen vaginosis bacteriana. La deficiencia de vitamina D se identificó como un factor de riesgo para vaginosis en el embarazo. Durante la gestación la vaginosis se relaciona con parto prematuro, aborto temprano y tardío, y aumento de la morbilidad neonatal (27).

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95% de las pacientes consultan por flujo vaginal. Las infecciones genitales en la infancia y pre menarquia constituyen la causa ginecológica más frecuente en este grupo de edad. En los servicios de atención primaria de salud, estas afecciones en adolescentes, se encuentran entre las 3 primeras causas de consulta, teniendo una incidencia mucho mayor en aquellas jóvenes con vida sexual activa, aunque también se ha encontrado entre adolescentes vírgenes (28).

La mayoría de las gestantes adolescentes con vaginosis bacteriana se encuentra comprendida en el grupo de 18-19 años de edad con diagnóstico confirmado, más de la tercera parte refieren no haber usado método anticonceptivo alguno en el

período preconcepcional, la vaginosis bacteriana es el antecedente de sepsis vaginal de las gestantes adolescentes en estudio, que ocupa el primer lugar en prevalencia seguido por la candidiasis vaginal en segundo; dentro de los antecedentes patológicos personales, la enfermedad inflamatoria pélvica fue el más frecuentemente referido y la incidencia de diagnósticos positivos de vaginosis bacteriana fue mayor en el primer trimestre de gestación (28).

Un estudio de Quito, Ecuador en la clínica San Sebastián de Ambato de enero a diciembre / 2013, las embarazadas adolescentes presentaron vaginosis en un 26%, esto significa que en las 262 gestantes adolescentes se encontraron 465 patologías durante sus controles prenatales y de éstas 121 corresponden a vaginosis (29).

5. PARTO PREMATURO

Según la OMS, el parto prematuro (PP) es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, siendo el límite inferior de edad gestacional (EG) que lo separa del aborto las 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla. El PP constituye una grave complicación obstétrica, con una incidencia general entre un 5 y 10% de todos los embarazos, que no se ha modificado en las últimas tres décadas. En centros hospitalarios de referencia, la proporción es mucho más elevada y se mueve en cifras cercanas al 15% (16).

Entre los factores de riesgo de PP se encuentran el nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación), edad materna menor de 16 o mayor de 35 años, estado civil soltera, actividad laboral materna intensa, tabaquismo e ingestión de drogas, enfermedad materna crónica (asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión), infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, embarazo multifetal, antecedente obstétrico desfavorable (partos prematuros y abortos previos), complicaciones del embarazo (preeclampsia, rotura prematura de membranas, sangrado, oligo o polihidramnios) y factores fetales (malformaciones e infecciones). Uno de los factores de riesgo del nacimiento pretérmino que se retoma en este estudio, es la edad materna adolescente con impacto en el PP (16).

6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

La ruptura prematura de membranas (RPM), definida como la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, es considerada como una de las complicaciones maternas más frecuentes. La OMS estima que la incidencia de la ruptura prematura de membranas (RPM) se encuentra entre 5 al 8 % de los embarazos. Estudios en Latinoamérica indican que la frecuencia de RPM varía desde 5,7% a 8,9%; así mismo en Lima se ha reportado una frecuencia de 13,6%, siendo una de las mayores tasas de morbilidad debido a esta patología (30).

Entre las características de las gestantes con RPM se encuentra un bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno, parto prematuro previo, metrorragia, edad materna, periodo intergenésico corto, controles prenatales inadecuados, infecciones cérvico-vaginales, tabaco, infertilidad, embarazo múltiple y multiparidad. Abarcando también complicaciones, tanto maternas como endometritis, corioamnionitis e infecciones puerperales como neonatales donde la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hipoxia perinatal, son las más frecuentes (30).

Existe en la actualidad una incidencia cada vez mayor de casos de embarazos precoces, representados en el grupo etario entre 12 y 14 años, situación ésta que se le atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana, lo cual trae como consecuencia infecciones de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con sólo madre y un hijo, factores que en consecuencia se traducen en un problema para la sociedad.

Las principales causas de morbilidad durante el embarazo en la adolescencia son las infecciosas, incrementándose por ello, el nacimiento pretérmino y la ruptura de membranas (31).

7. ABORTO

Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g de peso, que se alcanza a las 22 semanas. (Impera el peso sobre las semanas de gestación) (6).

Amenaza de aborto es la complicación más común durante el embarazo, se define como el sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación o con un feto menor de 500g, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de productos de la concepción. Cuando una mujer presenta síntomas de dolor o hemorragia durante las primeras semanas del embarazo las posibilidades diagnósticas son un embarazo intrauterino viable, embarazo intrauterino no viable y embarazo ectópico (6).

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos al año, cerca del 20 % de los embarazos que se producen a nivel global. De los abortos practicados anualmente, al menos 19 millones se consideran inseguros, observándose una mayor frecuencia en los países en vía de desarrollo (6).

Entre las motivaciones de las adolescentes para optar por el aborto se encuentran el impacto que puede tener el embarazo en las actividades académicas y/o laborales, la presión familiar y social frente a la condición de una madre soltera, la falta de compromiso de la pareja, la autopercepción de inmadurez física o psicológica y la falta de soporte económico (6).

Los principales factores de riesgo biológicos de aborto en adolescentes incluyen menarquia precoz, inicio temprano de relaciones sexuales, alteraciones anatómicas o funcionales del aparato reproductor femenino e inmadurez biológica del organismo, entre otras. Otros factores asociados que se encuentran descritos en la literatura son: riesgo médico elevado, infección de transmisión sexual, lesiones uterinas, vaginales y/o abdominales y uso inadecuado o falla del esquema de anticoncepción, bien sea por información deficiente acerca del tema o bien por utilización equivocada del método indicado.

Se pueden definir las consecuencias físicas del aborto, como aquellos efectos producidos a nivel orgánico como resultado de la realización de un aborto, bien sea espontáneo o provocado, entre las cuales se incluyen: Hemorragias, Infección localizada y en casos graves septicemia, Inflamación pélvica crónica, Perforación

del útero u otros órganos internos, Dificultades para la concepción e infertilidad, Muerte por complicaciones asociadas (32).

8. RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

El Retardo del Crecimiento Intrauterino es un problema de salud, de etiología multifactorial y se le ha asociado a morbilidad perinatal, y sus efectos se extiende a hasta la vida adulta, uno de los factores del RCIU es el embarazo adolescente (30).

El Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) se define como crecimiento fetal menor al potencial debido a factores genéticos o ambientales. Dada la dificultad para la estimación del potencial genético de cada recién nacido, la definición de RCIU se basa en la disminución de la velocidad de incremento ponderal que se manifiesta en peso bajo el percentil 10 para la edad gestacional (31).

Las causas y factores de riesgo para el desarrollo de RCIU pueden ser de origen materno, placentaria o fetal. Cerca de un tercio de ellas son de origen genético y dos tercios están relacionadas al ambiente fetal. Las causas maternas corresponden a patologías o factores relacionados, no de forma exclusiva, con disminución del flujo feto-placentario y/o de la suplementación de oxígeno. De forma similar, placentas con alteraciones isquémicas o de malformaciones francas se puede manifestar en fetos con RCIU (31).

Las causas de origen fetal son más amplias y se relacionan como anteriormente mencionado por alteraciones genéticas o cromosómicas en un tercio de los casos, tanto así como manifestación de infecciones TORCH (toxoplasma, Otros: sífilis, rubeola, citomegalovirus, herpes simple) y gestaciones múltiples. Cabe destacar que posterior a un estudio inicial solo en el 40% de los casos es identificable una causa concreta (31).

Entre las causas maternas están:

- Edad materna menor de 16 años o mayor de 35 años
- Nivel socioeconómico bajo

- Consumo de sustancias psicoactivas
- Talla materna baja
- Nulípara
- Malnutrición durante el embarazo

9. PREECLAMPSIA EN ADOLESCENTES

La OMS estima que existen al año más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10 % de los embarazos en adolescentes, pero la mortalidad es de cinco a nueve veces mayor en los países en vía de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45 % y la mortalidad del 1 al 33%. En Ecuador, la preeclampsia y la eclampsia constituyen las primeras causas de morbilidad perinatal; se presentan en el 8,3 % de las gestaciones y son las responsables del 14 % de las muertes infantiles (33).

Dentro de todos estos factores la edad juega un papel fundamental, son reportados los trastornos hipertensivos de la gestación (THG) con mayor frecuencia de presentación en gestantes adolescentes o aquellas con edad superior a los 35 años de edad, las denominadas añosas. La adolescencia reúne una serie de condiciones que pueden favorecer la aparición de alguna de las formas de presentación de los THG; la inmadurez física y emocional y el bajo nivel de conocimiento suelen ser algunos de los elementos más relevantes (33).

La implicación para la salud de estas afecciones incluye tanto a la madre como al feto. Durante el año 2016 el 21,14 % de las gestantes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) tenían menos de 19 años de edad; la incidencia de THG de forma general fue del 28,69 % y dentro de estas un porcentaje considerable correspondió a adolescentes embarazadas (33).

10. PARTO DISTOCICO

Un parto distócico es aquel en el que se da alguna situación o complicación que requiere de intervención médica, mediante maniobras o cirugía, así como del uso

de instrumentos por parte del personal médico para que el alumbramiento se produzca sin riesgos (34).

El comportamiento del embarazo en la adolescencia en un periodo de tres años, realizaron un estudio transversal con una muestra de 90 gestantes adolescentes en donde observó nuliparidad en el 86,7 % de las adolescentes, la distocia del parto en el 44,5 % y la totalidad de los recién nacidos bajo peso presentes en gestantes desnutridas. Con lo que concluyen que el embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud; la detección y control oportunos de los factores de riesgo asociados a este, seguirán siendo pilares fundamentales para su manejo (35).

11. ATONIA UTERINA

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional, aleatorio en el hospital maternidad "Enrique C. Sotomayor" que se caracteriza por ser el centro de atención materno-infantil de mayor cuantía, dada su ubicación y por el auge de población de la ciudad de Guayaquil en Ecuador (36).

Los criterios de inclusión fueron: mujeres con hemorragia posparto inmediata mayor de 600cc por parto vaginal y mayor de 1000ml por cesárea, mujeres entre 11 a 20 años de edad, finalización de embarazo por parto vaginal o cesárea (29). El tipo de parto por vía vaginal fue con 60 casos (86%) y por cesárea 11 casos (15%), es información de gran valía, pues así se comprueba que la vía vaginal, fue la más propensa de padecer atonía en gestantes adolescentes en ese estudio (36).

En lo referente a la causa de hemorragia posparto, la atonía uterina con 32 casos (45%); es la más frecuente. El alumbramiento incompleto, también develó un alto porcentaje (43%), llegando a competir con la atonía; continuando el desgarro vaginal con un 4.2% media 1; de igual forma el abrupcio de placenta, presenta los mismos datos, demostrándose que ambas causas se dan por igual; mientras que la ruptura uterina y el desgarro cervical con 1%, y con una media de 0.3 cada una (36).

La prevalencia de la Hemorragia Postparto en madres adolescentes es del 7.9%; y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edades comprendido entre 16 -

19 años en un elevado 64.5%. La observación realizada previamente en el hospital León Becerra Milagro permitió conocer falencias en el tratamiento previo al parto de las gestantes, además la relación de la atonía uterina y las hemorragias del post parto inmediato en las adolescentes estudiadas ha ido en ascenso con respecto a años anteriores lo que demanda la necesidad de buscar nuevas alternativas que logren solucionar el problema existente (37).

12. DESGARROS EN PARTOS DE ADOLESCENTES

Se revisaron todas las atenciones obstétricas en un hospital público de tercer nivel en Monterrey, Nuevo León, México en el año 2014. De los 13,882 nacimientos reportados en el hospital durante el año 2014, se realizaron 8,847 partos vaginales, de los cuales 2,404 (27.2%) fueron en mujeres adolescentes. Se obtuvo un total de 179 casos de pacientes con desgarros de tercer y cuarto grado para el análisis, esto representó una prevalencia general del 2.0% de desgarros de tercer y cuarto grado en un año en mujeres atendidas por parto vaginal. De los grupos en los que se dividió la muestra, el grupo de mujeres adolescentes incluyó 60 casos (33.5%), esto es una prevalencia de 2.5% de desgarros en todos los partos vaginales en adolescentes atendidos durante un año en la institución (38).

Mientras más joven es la adolescente, son más frecuentes las complicaciones del parto, esto sería debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y de distocias de posición (si el embarazo se produce en los primeros cinco años posmenarquía esto adquiere mayor significación), constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, con el uso de fórceps y cesáreas (39).

TIPO DE PARTO

Existen dos tipos de parto, el parto vaginal o eutócico y el parto por cesárea. El parto vaginal o eutócico es el que se produce a través del canal vaginal. se inicia de forma espontánea y se desarrolla y finaliza sin complicaciones y culmina con el nacimiento del bebé. no implica más intervención que la ayuda integral y respetuosa en el nacimiento. a veces, a pesar del inicio espontáneo del trabajo de parto, se necesitan fármacos que garanticen la seguridad de la madre y el bebé, facilitando

la progresión del parto. en casos seleccionados se recomendará la inducción del parto o provocación del trabajo de parto.

El parto por cesárea es cuando se practica una incisión en la pared abdominal y el útero para facilitar la salida del feto. la cesárea puede ser programada para una fecha concreta (electiva) antes del inicio del trabajo de parto, por motivos de salud de la madre o del feto. también puede indicarse en el trabajo de parto (en curso de parte o de recurso) por causa fetal, materna o mixta (desproporción pelvi-fetal, estacionamiento del parto, alteración en la dilatación cervical, etc.). en el caso de que se sospeche un riesgo materno o fetal que requiera la finalización rápida de la gestación, ya sea anteparto o intraparto, se habla de cesárea urgente, la cesárea emergente es la que se indica por riesgo vital de la madre y/o del feto, se puede hacer la incisión abdominal transversa (la más habitual es pfannenstiel) o bien longitudinal (laparotomía media infraumbilical, en algunos casos concretos) (40).

Mientras más joven es la adolescente, son más frecuentes las complicaciones del parto. esto sería debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y de distocias de posición (si el embarazo se produce en los primeros cinco años posmenarquía esto adquiere mayor significación), constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, con el uso de fórceps y cesáreas (39).

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea en el hospital universitario clínico de salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en el servicio del hospital Dr. José Ramón Vidal de corrientes argentina, la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor (41).

CAPITULO III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

A. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación será cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

Enfoque cuantitativo: ya que se llevará a cabo la recolección de datos y posteriormente estos se medirán numéricamente (42).

Observacional: debido a que no se llevaran a cabo intervenciones que modifiquen o influyan en las variables (42).

Descriptivo: ya que se tiene por finalidad la recolección de datos para únicamente describir la situación en estudio de investigación, sin manipulación de las variables (42).

Transversal: debido a que la medición de todas las variables se realizará en un periodo único y determinado de tiempo, sin establecer seguimientos a futuro (42).

Retrospectivo: ya que el estudio se lleva a cabo en un tiempo posterior a los hechos, es decir va del efecto a la causa. Se estudia una población en quienes ya sucedió el desenlace y se pretende analizar las variables presentes (42).

B. SUJETOS Y OBJETO DE ESTUDIO

1. Unidades de análisis. Población y muestra

Para la investigación se tomó como población a la totalidad de adolescentes embarazadas, las cuales fueron 75, que se atendieron en la UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021. La unidad de análisis son las usuarias.

2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
1) Usuarias atendidas en UCSF-E San Jacinto. 2) Sexo femenino. 3) Embarazadas adolescentes.	1) Usuarias de otras UCSF. 2) Sexo masculino. 3) Embarazadas de otros grupos etarios.

4) Usuaris que su expediente clínico este archivado y disponible.	4) Usuaris que su expediente clínico no esté archivado y no esté disponible.
---	--

3. VARIABLES E INDICADORES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad que presentaron las adolescentes embarazadas del estudio.	-Adolescencia temprana: 10-11 años -Adolescencia media:12-14 años -Adolescencia tardía:15-19 años
Zona Geográfica	Agrupación de municipios de un territorio, es un área delimitada del planeta	Zona urbana o rural en la que residen las adolescentes embarazadas.	zona urbana Si/ No Zona rural Si/ No
Estado civil	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a	Estado civil de la adolescente embarazada	-Soltero Si/ No -Casada Si/ No -Unión estable Si/ No

	determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.		
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Número de años de estudio de las adolescentes embarazadas	-Ninguna Si/ No -Primaria Si/ No -Secundaria Si/ No -Universidad Si/ No
Formula obstétrica	Manera universal de resumir antecedentes obstétricos de la mujer embarazada	Antecedes obstétricos de las adolescentes embarazadas del estudio	-Gravidez -Paridad -Prematuros -Abortos -Vivos
Sexarquia	Edad de inicio de la vida sexual	Edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes	Edad en años
Número de parejas sexuales	Cantidad de parejas sexuales que una persona ha tenido	Número de parejas sexuales que han tenido usuarias de estudio	Cantidad de parejas

Estado nutricional	Es el reflejo del estado de salud que integra parámetros clínicos obtenidos de cambios en el peso corporal, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales y capacidad funcional	Índice de Masa Corporal	Bajo peso Si/No Normal Si/No Sobrepeso Si/No Obesidad grado I Si/No Obesidad grado II Si/ No Obesidad grado III Si/No
Método de planificación familiar	Métodos o procedimientos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo.	Usuarías que utilizaban o no método de planificación	-No usaba Si/ No -Método de barrera Si/ No -Dispositivo intrauterino (DIU) Si/ No -Método hormonal Si/ No -Método de emergencia Si/ No -Método natural Si/ No
Sustancias psicoactivas	Medicamento o sustancia que afecta el funcionamiento del encéfalo y	Adolescentes embarazadas que consumen o consumían	-Alcohol Si/ No -Drogas Si/ No -Tabaco Si/ No -Fumadora pasiva Si/ No

	provoca cambios en el estado de ánimos, los pensamientos o el comportamiento.	sustancias psicoactivas	
Controles maternos	Es un conjunto de acciones médicas y asistenciales planificadas para la identificación e intervención oportuna de los riesgos relacionados con el embarazo, con el fin de lograr una gestación adecuada	Número de controles prenatales	Número
Ganancia de peso durante el embarazo	Es un fenómeno complejo influenciado no solo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos o, sino también por el metabolismo placentario	Como fue la ganancia de peso de las adolescentes durante el embarazo	Ganancia de peso adecuada Si/ No Ganancia de peso inadecuada Si/ No
Complicaciones obstétricas	Son disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el	Cual o cuales fueron las complicaciones que tuvieron las	Anemia Si/ No Infección de vías urinarias Si/ No

	parto y el trabajo de parto, y en el puerperio.	adolescentes embarazadas	Parto prematuro Si/ No Trastornos hipertensivos del embarazo Si/ No Parto distócico Si/ No Vaginosi Si/ No Ruptura prematura de membranas Si/ No Retardo del crecimiento intrauterino Si/ No Desgarros Si/ No Atonía uterina Si/ No
Parto	expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.	Tipo de parto que presentaron las adolescentes embarazadas	Vaginal Si/ No Cesárea Si/ No

C. Técnicas, materiales e instrumentos.

1. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información

La técnica utilizada para la recolección de los datos es la observación, mediante la revisión de todos los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto durante el periodo de abril a diciembre del 2021.

- Autorización por parte de las jefaturas de la unidad de salud para revisión de expedientes.
- Selección de expedientes de adolescentes embarazadas en las fechas elegida de estudio.
- Revisión minuciosa y detallada de cada expediente sin extracción de estos fuera de la unidad de salud, sin generar modificaciones.
- Anotación de datos de importancia en la investigación en la ficha de recolección de datos.
- Devolución de expedientes a archivo posterior a la recolección de datos para el estudio.
- Tabulación de datos mediante la utilización de programa de Microsoft Excel 365.

2. Instrumento de registro y medición

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos la cual consta de 19 ítems, denominada: Instrumento para caracterización clínica y epidemiológica de adolescentes embarazadas. (ver anexo 1)

3. Matriz de congruencia (ver anexo 2)

D. Aspectos éticos de la investigación

En el presente trabajo de investigación no se tuvo contacto directo con las adolescentes embarazadas del estudio, únicamente se manejaron datos obtenidos mediante la revisión de expedientes los cuales no se sustrajeron de la unidad de salud para el cual se ha solicitado permiso a las autoridades de la UCSF-E San Jacinto con aprobación. En la investigación se garantiza la confidencialidad de cada

paciente por parte del equipo investigador en el manejo de la información, siendo estos los responsables del almacenamiento y resguardo de los datos, la identidad de las usuarias será protegida, ya que solo el equipo de investigación tuvo acceso a dicha información la cual posteriormente será descartada, respetándose los principios de Helsinki. El estudio se realiza con propósitos científicos y sin fines lucrativos. (ver anexo 3)

E. Procesamiento y análisis de la información

Los resultados obtenidos fueron procesados a través del programa Microsoft Excel 365, mediante la realización de una matriz de datos que incluyo los 19 ítems de la ficha de recolección de datos. Así mismo se realizó análisis estadístico descriptivo con distribución de frecuencias y porcentajes presentándose mediante tablas y graficas.

F. Cronograma de actividades

(ver anexo 4)

G. Presupuesto

(ver anexo 5)

H. Estrategia de utilización de resultados

Mediante la observación de las variables en las adolescentes embarazadas, se identificaron los factores de riesgo, los resultados de la investigación se han compartido con las autoridades de la UCSF-E de San Jacinto, así como también se han brindado recomendaciones para la prevención y detección temprana de los factores de riesgo más prevalentes presentes en adolescentes embarazadas. Se han propuesto mejoras en los programas ya establecidos. Además, la información del estudio queda plasmada en un artículo científico y un informe escrito disponible para consulta en la biblioteca de la Universidad Evangélica de El Salvador.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para desarrollar la investigación, se revisaron todos los expedientes de las adolescentes embarazadas que asistieron a la UCSF-E San Jacinto, en el periodo de abril a diciembre del 2021, de los cuales 65 expedientes cumplían los criterios de inclusión, y 10 expedientes no los cumplían. Se separaron cada una de las características clínicas y epidemiológicas, clasificándolos y calculando cada uno de los porcentajes. Se utilizó la ficha de recolección de datos con cada uno de los expedientes y posteriormente se organizaron en una base de datos realizada en Excel 365.

A) ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los resultados del estudio, luego de ser clasificados y cuantificados, se presentan mediante tablas y gráficas donde se expresa la frecuencia con que se encontró cada variable en la población en estudio.

En la tabla 1 se agrupan las características sociodemográficas que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021. En la variable de grupo de edades se muestra que las adolescentes en un 78.47% pertenecen a adolescencia tardía (17-19 años); la zona geográfica en la que residen las adolescentes es en el área urbana en un 92.31%; el estado civil de las adolescentes en un 63.08% es unión estable y en un 39.92% solteras, el 78.46% de las embarazadas su escolaridad es secundaria.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN ESTUDIO			
Variable	Tipo	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
Edad	Adolescencia temprana (10-13 años)	1	1.53%
	Adolescencia media (14-16 años)	13	20%
	Adolescencia tardía (17-19 años)	51	78.47%
	Total	65	100%
Zona geográfica	Rural	5	7.69%
	Urbana	60	92.31%
	Total	65	100%
Estado civil	Soltera	24	36.92%
	Casada	0	0%
	Unión estable	41	63.08%
	Total	65	100%
Escolaridad	Ninguna	0	0%
	Primaria	14	21.54%
	Secundaria	51	78.46%
	Universidad	0	0%
	Total	65	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

En la tabla 2 se agrupan los antecedentes gineco-obstétricos que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021. El 4.62% las adolescentes iniciaron relaciones sexuales en la adolescencia temprana, el 49.23% en la adolescencia media y un 46.15% en adolescencia tardía; el 50.77% de las embarazadas adolescentes tuvieron una sola pareja sexual, en un 98.46% las adolescentes no usaban ningún método de planificación familiar; el 78.46% de las embarazadas adolescentes fueron primigestas mientras un 21.54% eran multíparas.

TABLA 2: ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN ESTUDIO			
Variable	Tipo	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Sexarquia	Adolescencia temprana (10-13 años)	3	4.62%
	Adolescencia media (14-16 años)	32	49.23%
	Adolescencia tardía (17-19 años)	30	46.15%
	Total	65	100%
Número de parejas sexuales	Uno	33	50.77%
	Dos	29	44.61%
	Tres	3	4.62%
	Total	65	100%
Planificación familiar	Si	1	1.54%
	No	64	98.54%
	Total	65	100%
Paridad	Primigesta	51	78.46%
	Múltipara	14	21.54%
	Total	65	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En la tabla 3 se agrupan los hábitos que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021, el 100% de las adolescentes embarazadas en estudio no consumieron ninguna sustancia psicoactiva durante el embarazo, de igual manera ninguna adolescente era fumadora activa ni pasiva.

TABLA 3: ANTECEDENTES DE HÁBITOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

HÁBITOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN ESTUDIO			
Variable	Tipo	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Sustancias psicoactivas	Si	0	0%
	No	65	100%
	Total	65	100%
Fumadoras pasivas	Si	0	0%
	No	65	100%
	Total	65	100%
Fumadoras activas	Si	0	0%
	No	65	100%
	Total	65	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La gráfica 1 muestra el estado nutricional mediante el índice de masa corporal (IMC) de las embarazadas adolescentes al momento de la inscripción. El 50.77% se encontraron en peso normal, un 32.30% se ubicó en sobrepeso, 7.69% tenían obesidad grado 1; obesidad grado 2 y bajo peso comparten un 4,62%

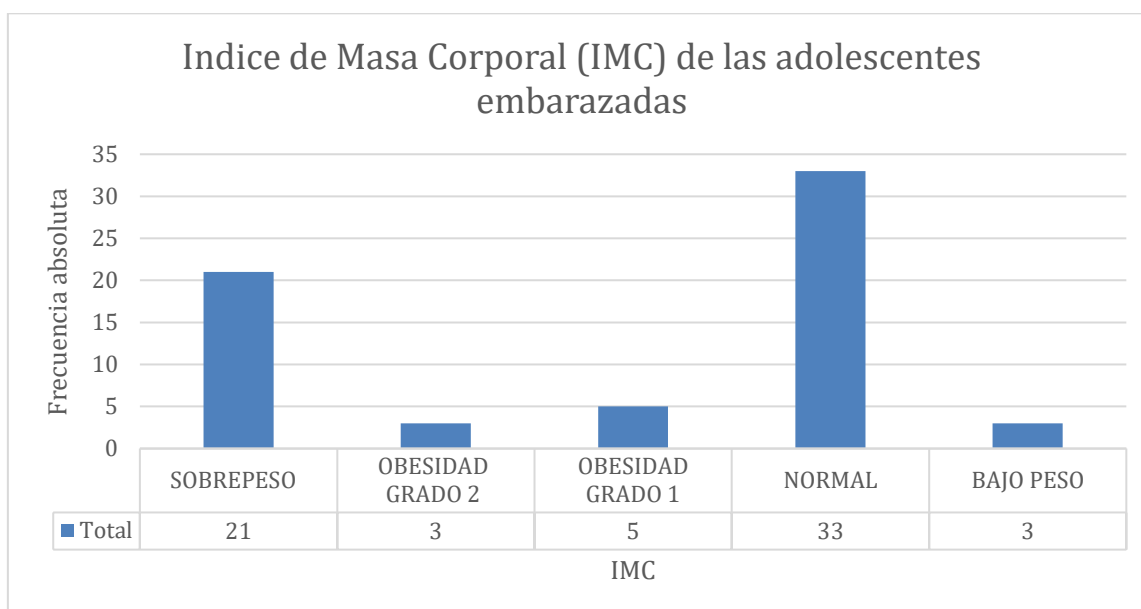


GRÁFICO 1. Índice de masa corporal de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021.

En la gráfica 2 se observa el número de controles prenatales que llevaron las adolescentes embarazadas, en un 40% las adolescentes asistieron a 5 controles, el 13.85% cumplió con 4 controles, el 16.92% llevaron 3 controles, 13.85% asistieron a 2 controles y el 15.38% asistió a solo un control prenatal.

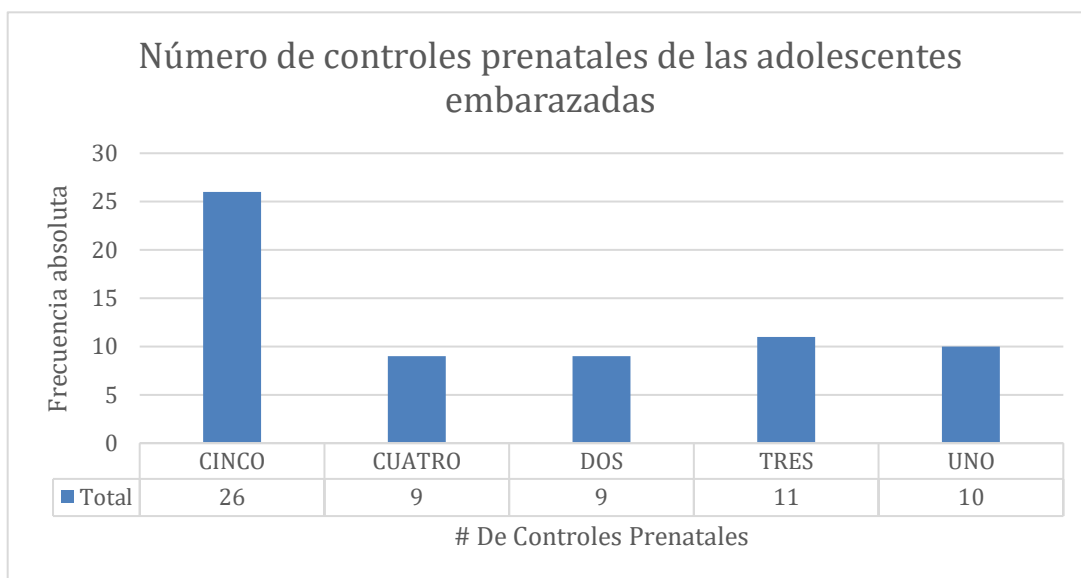


GRÁFICO 2. Número de controles prenatales de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021.

En la gráfica 3 se observa la ganancia de peso de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto, el 89.23% de las embarazadas presentaron una ganancia de peso inadecuada y un 10.77% tuvieron una ganancia adecuada en el embarazo.

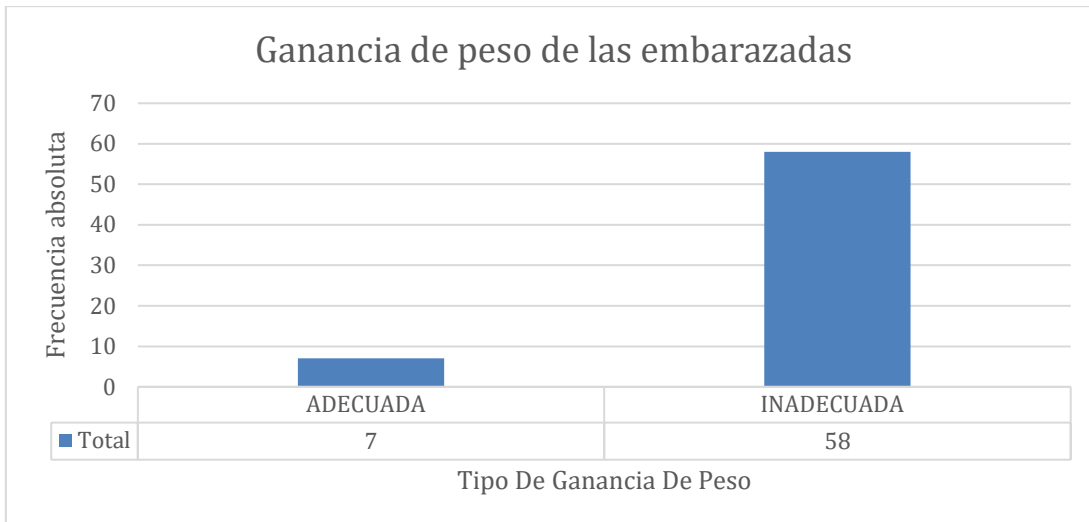


GRÁFICO 3. Ganancia de peso de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021.

En el grafico 4 se observa que las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto, un 3.08 % presento anemia antes de las 20 semanas de gestación y un 96.92% no presento anemia.

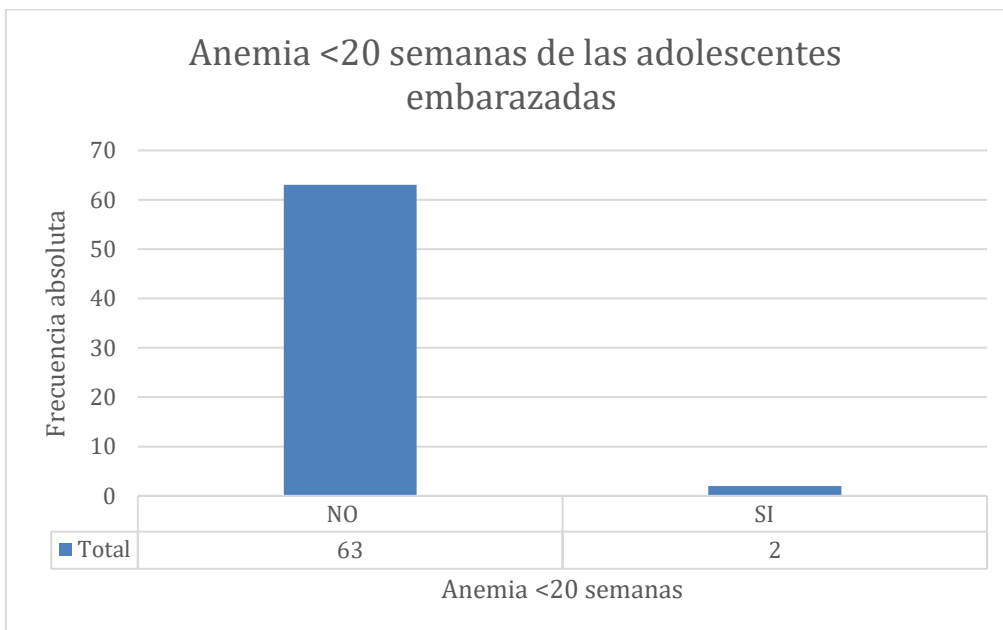


GRÁFICO 4. Anemia menor de 20 semanas de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021.

En el gráfico 5 se observa que el 9.23% de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto presentó anemia despues de las 20 semanas de gestación.

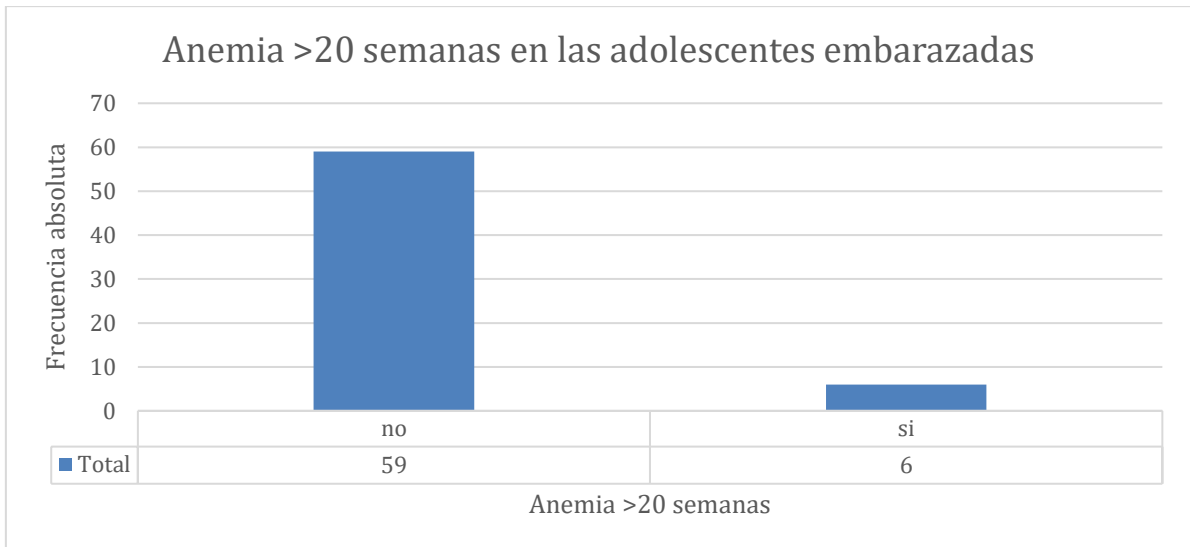


Gráfico 5. Anemia mayor de 20 semanas de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021.

En el grafico 6 se plantean las diferentes complicaciones presentadas en las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto, observándose que un 43.08% presento infección de vías urinarias (IVU) y vaginosis, 24.62% solo presento infección de vías urinarias (IVU), 16.92% presento vaginosis bacteriana. Un 3.07% presento aborto como una de las complicaciones y un 1.54% presento ruptura prematura de membrana más vaginosis, pre eclampsia y parto distócico, de las cuales solo un 7.69% de las embarazadas adolescentes atendidas no presentó ninguna complicación.

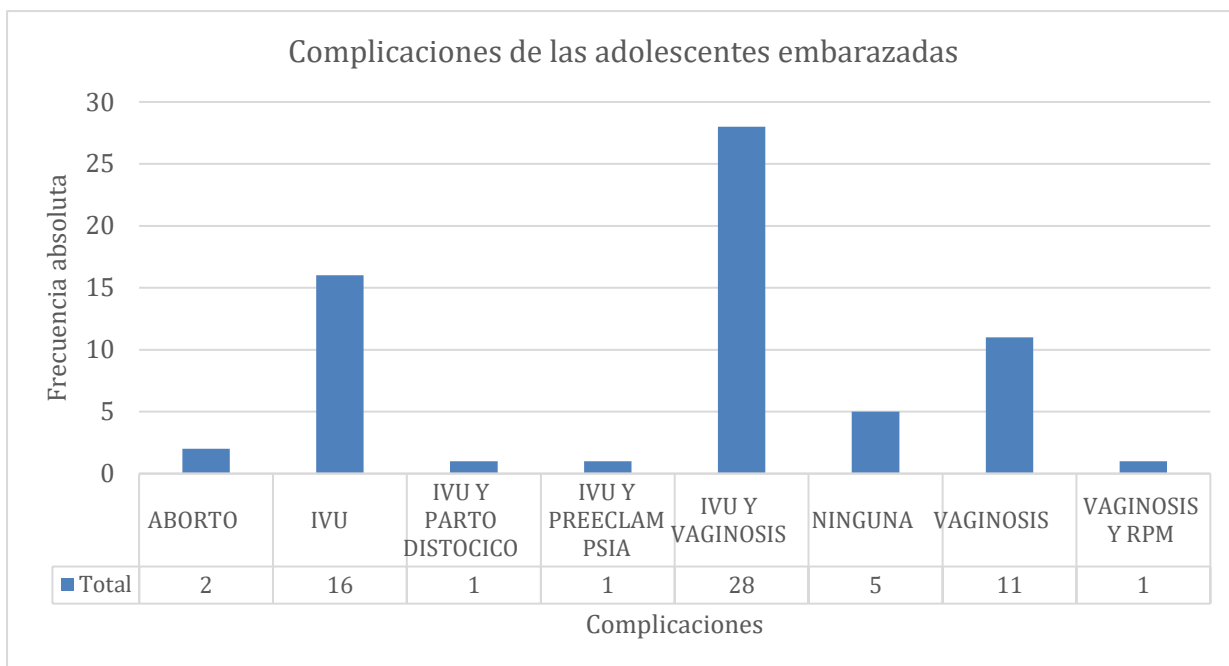


GRÁFICO 6. Complicaciones de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021.

En el grafico 7 se observa que un 53.85% de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto, verificaron parto vaginal y un 43.08% verifico parto abdominal (cesárea). De las cuales un 3.07% de embarazadas adolescentes no verificaron parto, ya que presentaron aborto.

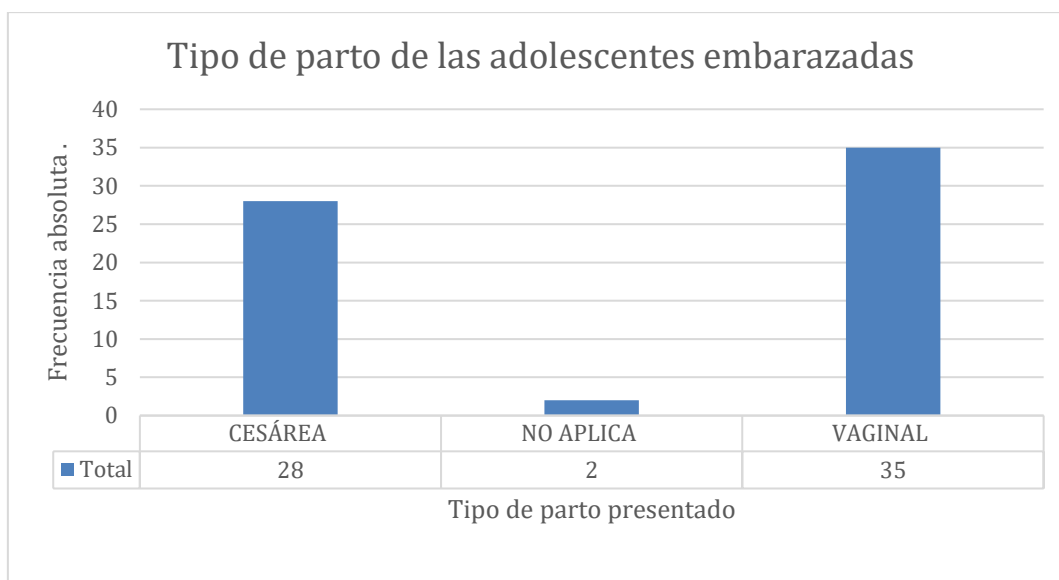


GRÁFICO 7. Tipo de parto de las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021.

B) DISCUSION DE RESULTADOS

Con respecto al tipo de adolescencia, un estudio realizado en El Salvador en el año 2016 se observa que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas estaban inmersas en la adolescencia media (14 a 16 años) (7), lo que difiere con los resultados de este estudio, ya que en un 78.47% se encuentran en adolescencia tardía (17-19 años).

Según el estado civil de las adolescentes, en un estudio realizado en Bogotá, Colombia el 70% de las adolescentes en gestación eran solteras (8). En este estudio predominó la unión estable en un 63.08%, sin embargo, el 36.92% se encontraban solteras.

En Chile, en el año 2000 la deserción escolar en la enseñanza básica y media fue de 11,3%, correspondiendo de este porcentaje, 9,9% y 1,4% a la enseñanza básica (12), a diferencia de los resultados que se obtuvieron en este estudio muestran que el 78.46% de las adolescentes se encontraban cursando la secundaria y 21.54% en primaria.

En comparación con el estudio realizado en el país chileno sobre planificación familiar indica que un gran porcentaje de las adolescentes embarazadas no utilizan métodos de planificación familiar (10), lo que coincide con el presente estudio ya que el 98.54% de las adolescentes embarazadas no utilizaban ningún tipo de método anticonceptivo.

Según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud- ENNyS, el 17,7% de las adolescentes entre 10 a 14 años presentan sobrepeso y el 5,8% obesidad, mientras que aquellas adolescentes de entre 15 a 19 años el porcentaje de sobrepeso y obesidad es de 14,2% y 5,7%, respectivamente (22). Los resultados obtenidos en esta investigación las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E de San Jacinto un 50.77% se encontraron con peso normal mientras que 32.30% con sobrepeso, el 7.69% se encontraron con obesidad grado I y un 4.62% se encontraba en obesidad grado II y bajo peso.

En un estudio en Buenos Aires, Argentina en el año 2018, casi el 70% de las embarazadas adolescentes presentaron una ganancia de peso inadecuada. Aquellas que comenzaron la gestación con bajo peso ganaron menos de lo recomendado, siendo las embarazadas con exceso de peso las que aumentaron más de lo establecido por las guías (22). En esta investigación los resultados son muy similares, se observó que un 89.23% de las adolescentes embarazadas tuvo una ganancia de peso inadecuada y solo un 10.77% presentó una ganancia de peso adecuada.

En América Latina y El Caribe (ALC), aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53 - 71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La sexarquia es de aproximadamente 15-16 años, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años. Para Colombia en 2010, entre jóvenes de 20 y 24 años, el 14% tuvo su primera relación antes de cumplir 15 años, 60% antes de cumplir 18 años y 82% antes de cumplir 20 años. Para Mendoza y Cols, 15% de los adolescentes y jóvenes han iniciado sexarquia en la adolescencia temprana, 44,8% en la adolescencia media y 40,2% en la adolescencia tardía (9). Los datos obtenidos en esta investigación son muy similares, de las adolescentes embarazadas se pudo observar que un 43.29% inicio relaciones sexuales en la adolescencia media (14 a 16 años) y un 46.15% en adolescencia tardía (17 a 19 años).

Con respecto a la paridad en Estados Unidos en el 2001 la tasa de nacimientos fue de 35,7 por 1.000 mujeres nulíparas de 15-19 años comparado con 175,1/1.000 mujeres del mismo grupo de edad, pero con un parto previo. Otros estudios señalan que los riesgos perinatales son mayores en adolescentes nulíparas que en adolescentes con parto previo (11). En el trabajo de investigación se observó que un 78.6% de las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en UCSF-E San Jacinto fueron primigesta y solo un 21.54% era múltipara.

Con respecto al control prenatal, una investigación en Chile habla de estudios internacionales que evidencian que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente. Los resultados obtenidos en esta

investigación son similares a los obtenidos en estudios internacionales ya que se evidencian que las adolescentes embarazadas atendidas en UCSF-E San Jacinto en el periodo de abril a diciembre del año 2021 el 40% las adolescentes embarazadas asistieron a 5 controles, el 13.85% cumplió con 4 controles, el 16.92% llevaron 3 controles, 13.85% asistieron a 2 controles y el 15.38% asistió a solo un control prenatal. (18)

Las embarazadas adolescentes de Perú en el año 2012 el 15,8% presentó anemia en el primer trimestre, 16,6% para el segundo trimestre, la proporción entre gestaciones únicas y múltiples fue similar (25), los resultados obtenidos en esta investigación son similares puesto que el menor porcentaje de adolescentes presento anemia en el embarazo, con 3.08% para gestantes de menores de 20 semanas y un 9.23% para gestantes mayores a 20 semanas.

En un estudio realizado ecuador en el año 2015 con una muestra de 196 pacientes, 49,0% del total de embarazadas adolescentes presentaron infección de vías urinarias (IVU) (26) , en este estudio el 70.76% de las adolescentes embarazadas presentaron infección de vías urinarias, en un 43.08% presentaron IVU más vaginosis, y en un 24.62% solo presentaron IVU.

Con respecto a la vaginosis un estudio realizado en Quito, Ecuador en el año 2013 el 26% de las adolescentes embarazadas presentaron vaginosis (29), lo que difiere con este estudio ya que el 61.53% de las embarazadas presentaron vaginosis en su gestación, en un 43.08% presentaron IVU más vaginosis y el 16.92% solo presento vaginosis.

El Hospital Universitario Clínico de Salamanca, realizo un estudio en la cual la mayor prevalencia del tipo de parto en las adolescentes embarazadas es el parto vaginal, mientras que las cesáreas en adolescentes son del 18,9% (41). En este estudio difieren los resultados ya que las adolescentes presentaron parto por cesárea en un 43.08% y parto vaginal en un 53.85%.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El grupo de edad de mayor porcentaje está inmerso en adolescencia tardía, siendo el área urbana la zona geográfica que residían estas pacientes. El estado civil en las que se encontraban las gestantes fue unión estable, además la escolaridad que más destaco fue secundaria.
2. El predominio de la sexarquia se encuentra en la adolescencia media, lo que incide en la deficiencia de los programas educativos dirigidos a este grupo. A pesar de la edad precoz de las gestantes, estas han tenido 2 parejas sexuales y es alarmante que casi un 100% no utilizaban ningún tipo de método de planificación familiar, pese a que algunas de ellas son multíparas.
3. La ganancia de peso de las adolescentes embarazadas fue inadecuado, lo cual trae consecuencias negativas para el binomio. Las principales complicaciones que presentaron estas pacientes fueron; infección de vías urinarias y vaginosis bacteriana un pequeño porcentaje también presento aborto.
4. La vía del parto que verificaron estas adolescentes fue en un porcentaje similar, esto refleja el poco desarrollo físico y fisiológico en estas edades lo que incide en la finalización del parto por vía abdominal (cesárea), aumentando así la probabilidad de complicaciones futuras para la paciente.

RECOMENDACIONES

1. Como equipo de investigación se recomienda al Ministerio de Salud la implementación de estrategias educativas en conjunto con el Ministerio de Educación, sobre la importancia de preparación académica, biológica y psicológica de los y las adolescentes, concientizando a los padres de familia y los y las adolescentes sobre las consecuencias negativas que traen consigo los embarazos en adolescentes.
2. Es de suma importancia que la UCSF-E San Jacinto, retome los programas ya establecidos del Ministerio de Salud, enfocados en la atención integral del adolescente, sobre todo programas de salud sexual y reproductiva, tanto en las consultas médicas como realización de campañas educativas en la comunidad y en los centros escolares. Promover la utilización y conocimiento de los métodos anticonceptivos en los y las adolescentes; así como también incentivar al Ministerio de Educación a la creación de programas educativos enfocados a los padres de familia, para que estos sean los pioneros en la educación sexual y reproductiva de sus hijos desde temprana edad.
3. Se incentiva a la UCSF-E San Jacinto, a promover la importancia de los controles prenatales, dar seguimiento a la embarazada desde el momento de la inscripción prenatal hasta la inscripción de puerperio. Educar a las adolescentes sobre la importancia de asistir a consulta ginecológica desde el momento de la menarquia, para la toma de exámenes generales, y de la citología desde la primera relación sexual, para evitar complicaciones.
4. Realizar campañas de educación sobre la importancia de la utilización adecuada de métodos anticonceptivos para evitar los embarazos en este grupo etario. Concientizar a las adolescentes embarazadas sobre el valor que tienen los controles prenatales para la evaluación del binomio en todos los trimestres del embarazo.

ANEXOS

1.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

TEMA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA SAN JACINTO DURANTE EL PERÍODO DE ABRIL A DICIEMBRE DEL 2021.

INDICACIÓN: recolectar datos de las embarazadas adolescentes atendidas en UCSF-E San Jacinto

DATOS PERSONALES

1. Edad: _____

2. Zona geográfica:

• Rural	• Urbana
---------	----------

3. Estado civil:

• <u>Soltera</u>	• <u>Casada</u>	• <u>Unión estable</u>
------------------	-----------------	------------------------

4. Escolaridad:

• Ninguna	• Primaria	• Secundaria	• Universidad
-----------	------------	--------------	---------------

5. Formula obstétrica: _____

6. Sexarquia: _____

7. Número de parejas sexuales: _____

DATOS CLINICOS

8. ¿Cuál es el estado nutricional según IMC?

• Bajo peso	• Peso normal	• sobrepeso	• Obesidad grado I	• Obesidad grado II	• Obesidad grado III
-------------	---------------	-------------	--------------------	---------------------	----------------------

9. ¿Utilizaba método de planificación?

<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------

10. Si la respuesta es SI, ¿Cuál método utilizaba?

<input type="radio"/> Barrera	<input type="radio"/> DIU	<input type="radio"/> Hormonal	<input type="radio"/> Emergencia	<input type="radio"/> Natural
-------------------------------	---------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

11. ¿Consume o consumía sustancias psicoactivas?

<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------

12. ¿Es fumadora pasiva?

<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------

13. ¿Cuántos controles llevo durante el embarazo?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

14. ¿Cómo fue la ganancia de peso durante el embarazo?

<input type="radio"/> Adecuada	<input type="radio"/> Inadecuada
--------------------------------	----------------------------------

15. ¿Presento anemia en el primer trimestre del embarazo?

<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------

16. ¿Presento anemia en el segundo trimestre del embarazo?

• Si	• No
------	------

17. ¿Presento anemia en el tercer trimestre del embarazo?

• Si	• No
------	------

18. ¿Cuál o cuáles de las siguientes complicaciones presento durante el embarazo y parto?

• Infección de vías urinarias	• Vaginosis
• Parto prematuro	• Ruptura prematura de membrana
• Aborto	• Retardo de crecimiento intrauterino
• Trastornos hipertensivos del embarazo	• Desgarros
• Parto distócico	• Atonía uterina

19. ¿Qué tipo de parto verifico?

• Vaginal	• Cesárea
-----------	-----------

TEMA: Caracterización clínica y epidemiológica de los embarazos en adolescentes.						
ENUNCIADO DEL PROBLEMA: ¿Cuáles son las características clínica y epidemiológica presentan los embarazos en adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto durante el período de abril a diciembre del 2021?						
OBJETIVO GENERAL: Identificar las características clínicas y epidemiológicas que presentan los embarazos en adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto durante el período de abril a diciembre del 2021.						
OBJETIVOS ESPECIFICOS	UNIDAD DE ANALISIS	VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	INDICADORES	TECNICAS A UTILIZAR	TIPO DE INSTRUMENTO A UTILIZAR
Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas atendidas en la UCSF-E San Jacinto.	Usuaris en estudio	Edad	Edad que presentaron las adolescentes embarazadas del estudio.	Adolescencia temprana, media y tardía.	Observación	Ficha de recolección de datos.
		Escolaridad	Escolaridad: número de años de estudio de las adolescentes embarazadas.	Escolaridad: ninguna, primaria, secundaria y universidad.		
		Estado civil	Estado civil de la adolescente embarazada.	Estado civil: soltera, casada, unión estable.		
		Zona geográfica	Zona urbana o rural en la que residen las adolescentes embarazadas.	Zona rural y urbana.		

<p>Enlistar los antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en la UCSF-E San Jacinto.</p>	<p>Usuaris en estudio</p>	<p>Formula obstétrica</p> <p>Sexarquia</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>Estado nutricional</p> <p>Métodos de planificación familiar</p> <p>Sustancias psicoactivas</p> <p>Controles prenatales</p>	<p>Antecedes obstétricos de las adolescentes</p> <p>Edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes</p> <p>Número de parejas sexuales que han tenido las usuarias de estudio</p> <p>Índice de Masa Corporal de las embarazadas en estudio al momento de la inscripción del control prenatal.</p> <p>Usuaris que utilizaban o no método de planificación</p> <p>Adolescentes embarazadas que consumen o consumían sustancias psicoactivas</p> <p>Número de controles prenatales;</p>	<p>Gravidez, paridad, prematuros, abortos, vivos;</p> <p>Edad de inicio de relaciones sexuales</p> <p>Cantidad de parejas sexuales;</p> <p>Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad grado I, II y III;</p> <p>No usaba, método de barrera, hormonal, emergencia, natural, DIU</p> <p>Alcohol, drogas, tabaco, fumadora pasiva;</p> <p>Número de controles prenatales.</p>	<p>Observación</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
---	---------------------------	--	---	---	--------------------	--------------------------------------

<p>Identificar las complicaciones que presentaron los embarazos en las adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto.</p>	<p>Usuaris en estudio</p>	<p>complicaciones obstétricas</p>	<p>Cual o cuales fueron las complicaciones que tuvieron las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Anemia Infección de vías urinarias Parto prematuro Trastornos hipertensivos del embarazo Parto distócico Vaginosis Ruptura prematura de membranas Retardo del crecimiento intrauterino Desgarros Atonía uterina</p>	<p>Observación</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>Detallar el tipo de parto que tuvieron las embarazadas adolescentes atendidas en la UCSF-E San Jacinto.</p>	<p>Usuaris en estudio</p>	<p>Parto</p>	<p>Tipo de parto que presentaron las adolescentes embarazadas</p>	<p>Vaginal Cesárea</p>	<p>Observación</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

3.

San Salvador 05 de Abril del 2022

Dr. Raúl Ernesto Granados

Director de UCSFE San Jacinto

Por esta medio nos comunicamos con usted, haciendo de su conocimiento que somos estudiantes de la carrera Doctorado en Medicina, en año social de la Universidad Evangélica de El Salvador, actualmente estamos realizando el trabajo de investigación de tesis que lleva por título: Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en adolescentes que consultaron en la unidad comunitaria de salud familiar especializada san Jacinto durante el período de abril a diciembre del 2021, por lo que solicitamos autorización para poder hacer uso de expedientes de las usuarias en estudio y así poder recolectar los datos de dicha investigación , por lo que esperamos su pronta respuesta, de ante mano muchas gracias.

Atentamente



Gabriela Guidalthy Chacon Leon

Gabriela Guidalthy Chacon Leon

VS

Katerine Osiris Chávez Rivas

Katerine Osiris Chávez Rivas

Katya Rosmery Castaneda Ancheta

Katya Rosmery Castaneda Ancheta

4.Cronograma

Actividades.	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Reunión informativa de con estudiantes.						
Inicio de asesorías.						
Elaboración del capítulo I.						
Entrega de capítulo I.						
Elaboración del capítulo II.						
Entrega de informe mensual de asesor.						
Entrega del capítulo II.						
Elaboración del capítulo III.						
Entrega de informe mensual de asesor.						
Entrega de anteproyecto.						
Presentación oral de anteproyecto.						
Entrega de informe mensual de asesor.						
Recolección de datos.						
Elaboración del capítulo IV.						
Actividades.	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
Entrega de informe mensual de asesor.						
Elaboración del capítulo IV.						
Entrega del capítulo IV.						
Entrega de informe mensual al asesor.						
Elaboración del capítulo V.						
Elaboración del artículo.						
Entrega de informe final (con capítulo V y artículo).						
Presentación oral de informe final.						
Entrega de informe mensual de asesor.						
Entrega de informe final y artículo corregido.						
Entrega de actas.						

5.Presupuesto

	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
HORAS DEL RECURSO HUMANO (INVESTIGADORES)	120		
EQUIPO (LAPTOP, IPAD)	3		\$2,000.00
IMPRESION DE INSTRUMENTO	50	\$0.10	\$5.00
BOLIGRAFOS	24	\$0.20	\$4.80
INTERNET	800 horas	\$0.25	\$200.00
IMPRESION DE TRABAJO DE INVESTIGACION A COLOR	70	\$0.15	\$10.50
EMPASTADO DE TRABAJO DE INVESTIGACION	1	\$10.00	\$10.00
COMBUSTIBLE			\$100.00
TOTAL			\$2,330.30

BIBLIOGRAFIA

1. Cancino AMM, Valencia MH. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*. 1 de junio de 2015;29(2):76-82.
2. Gerencia y planificación e investigación. Situación del embarazo en adolescente en el salvador [Internet]. primera edición, san salvador 2019; 2019. Disponible en: primera edición san salvador, 2019
3. Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 [Internet]. UNFPA El Salvador. 2017 [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/estrategia-nacional-intersectorial-de-prevenci%C3%B3n-del-embarazo-en-ni%C3%B1as-y-en>
4. 410 niñas entre 10 y 14 años fueron embarazadas en 2021 - Noticias de El Salvador [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/el-salvador-embarazos-adolescentes-2021/944556/2022/>
5. Quesada Miranda MM, Romero Sánchez M del C, Prieto Herrera ME, Rodríguez Delgado CR. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. junio de 2010;14(3):0-0.
6. Ninoska, Perez, Zarahy M Cardenal , Gispy. Factores de riesgo asociados de amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo [Internet]. UNAN, Managua; 2015. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/8059/1/97401.pdf>
7. Menjivar EV, Sandoval EBP. Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud San Salvador, El Salvador, 2017. 2013;44.
8. Salazar-Arango A, Acosta-Murcia MM, Lozano-Restrepo N, Quintero-Camacho MC. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, COLOMBIA. *Persona y Bioética*. diciembre de 2008;12(2):169-82.
9. Mendoza T LA, Arias G M, Pedroza P M, Micolta C P, Ramírez R A, Cáceres G C, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(4):271-9.
10. Parra Villarroel J, Domínguez Placencia J, Maturana Rosales J, Pérez Villegas R, Carrasco Portiño M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Salud Colectiva*. diciembre de 2013;9:391-400.
11. Nazario Redondo C, Aracca Alcos F, Ventura Laveriano J, Ventura W. Resultados perinatales en adolescentes nulíparas. Estudio de cohorte retrospectiva. *Prog Obstet Ginecol*. 1 de diciembre de 2015;58(10):435-40.

12. Molina S M, Ferrada N C, Pérez V R, Cid S L, Casanueva E V, García C A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Revista médica de Chile. enero de 2004;132(1):65-70.
13. Ibarra Mustelier, N. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer [Internet]. Vol. 20. No. 1,2003; 2003. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/06.pdf>
14. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <http://pap.es/articulo/12173/factores-de-riesgo-de-la-precocidad-sexual-en-adolescentes?id=12173&titulo=factores-de-riesgo-de-la-precocidad-sexual-en-adolescentes>
15. Reboledo N. Embarazo adolescente y consumo de sustancias [Internet]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/organizacion/Grupos/usodro/embarazo.pdf>
16. Rodrigo EI, Toñanes MN, Auchter DM, Gómez LF. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011. 2014;7.
17. Flores Román JK. Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital San José de enero a diciembre del 2016. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 23 de julio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1147>
18. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, José González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud Publica Mex. 7 de noviembre de 2013;55(6):572.
19. Barboza E, Ferracutti J. Controles prenatales en madres adolescentes [Internet]. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.; 2013 [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/10663>
20. Barón JV. Embarazo en adolescentes complicaciones. :5. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
21. Díaz A, Sanhueza R P, Yaksic B N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2002;67(6):481-7.
22. Serra CD, Gómez ED. Evaluación de la ganancia de peso en embarazadas adolescentes del servicio de obstetricia de un hospital público. Diaeta. diciembre de 2018;36(165):08-15.

23. Cárdenas JFI, Cedeño DAV. Anemia en embarazadas menores de 20 años y su relación con el bajo peso del recién nacido; hospital materno infantil Mariana de Jesús, segundo semestre de 2012. *Medicina*. 2014;18(3):145-8.
24. Heredia Espinoza P. Prevalencia de la anemia en gestantes adolescentes que acuden al Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrion de Huanta Enero a Junio 2017. Repositorio Institucional - UNH [Internet]. 29 de mayo de 2018 [citado 23 de julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1713>
25. Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012 | Munares-García | *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. [citado 17 de julio de 2022]. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/87/1926>
26. Estrada-Altamirano A, Figueroa-Damián R, Villagrana-Zesati R. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Perinatol Reprod Hum*. 2010;24(3):182-6.
27. Williams. *Ginecología y obstetricia*. Edición. 24. Editorial: MC GRAW HILL; México; 2015
28. Vaginosis bacteriana en gestantes adolescentes - *Revista Electrónica de Portales Medicos.com* [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/vaginosis-bacteriana-en-gestantes-adolescentes/>
29. Susana P. El embarazo en adolescentes como factor de riesgo asociado al incremento de la morbilidad neonatal en pacientes que acudieron al servicio de obstetricia de la clínica san Sebastián de Ambato de enero a diciembre [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/4667/1/T-UCE-0006-47.pdf>
30. Nataly Pasapera-Albán , Manuel Purizaca-Benites , Kennlly, 1,2,c 1,2,c Cardoza-Jiménez , María Matorel-Ruiz. Características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membranas en gestantes jóvenes del Hospital EsSalud III José Cayetano Heredia-Piura [Internet]. 2013. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1051817/rcm-v8-n3-2015_pag157-161.pdf
31. Torres RAB, Euvín KEM, López GLR, Estrada E. Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. *RECIAMUC*. 3 de junio de 2019;3(1):328-52.
32. Prada D. E, Rojas D. M, Vargas P, Jorge Arley Ramírez Cárdenas. El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/download/1319/1200/&ved=2ahUKEwignp2w_MD2AhUIRTABHcvaCEsQFnoECAgQAQ&usq=AOvVaw1qgjvk2KGI7dKbB-aO_5Kf

33. García-Hermida MI, García-Remírez CG, García-Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. *Archivo Médico Camagüey*. 24 de julio de 2020;24(4):525-37.
34. Diferencias entre parto eutócico o distócico | Club Familias [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.clubfamilias.com/es/parto-eutocico-distocico>
35. Amarilis M. Parto distócico en gestantes adolescentes hospital maría auxiliadora 2016 [Internet]. 2016. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2872/malpartida_mma.pdf?sequence=1
36. Ching YC. Hemorragia posparto inmediata en gestantes adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. 2005;6.
37. Berzosa M, García L. Atonía uterina y su relación a hemorragias del post parto inmediato en adolescentes de 14-19 años atendidas en el hospital león becerra milagro, octubre 2018- abril 2019 [Internet]. 2018. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/5799/p-utb-fcs-obst-000014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Sánchez-Ávila MT, Galván-Caudillo M, Cantú-Pompa JJ, Vázquez-Romero N, Martínez-López JP, Matías-Barrios VM, et al. Prevalence of high-grade perineal tear during labor in Mexican adolescents. *Colomb Med (Cali)*. 49(4):261-4.
39. tipos_de_parto_vf.pdf [Internet]. [citado 22 de julio de 2022]. Disponible en: https://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/tipos_de_parto_vf.pdf
40. Monterrosa-Castro Á. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia) Vaginal and caesarean births in adolescents: patterns from 1993-2005 in the Rafael Calvo Maternity Hospital in Cartagena, Colombia. :8.
41. Control del embarazo de la adolescente - riesgo corriente o no detectable [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/article/control-embarazo-adolescente-riesgo-corriente-detectable.z3dj439y>
42. Hernandez Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Educación; 2014.