



BUAP

Facultad de Medicina de la BUAP

Hospital de la Mujer, Puebla

**“PREVALENCIA DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS”
PERIODO JULIO A DICIEMBRE DE 2020**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en:

Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Dr. José Antonio Maldonado Balvanera

Directores de Tesis

Asesor experto: Dr. Gustavo Alonso Gamboa Lozano

Asesora metodológica: Dra. María del Socorro Cabrera Salgado

ENERO 2022

AGRADECIMIENTOS

“Aunque estudiaras medicina durante más de una vida, acudiría a tí gente cuyas enfermedades son misterios, porque la angustia que mencionas es parte integrante de la profesión de curar, y hay que aprender a vivir con ella. Aunque es verdad que cuanto mejor sea la preparación, mejor doctor puedes ser”

Noah Gordon "El medico" (1986)

El camino de la medicina es satisfactorio y en ocasiones muy ingrato, ya que no solamente implica esfuerzo y sacrificio de quien la estudia y la ejerce, sino también implica lo mismo para muchos de los que lo rodean, implica que ese sueño y esa vocación, no sea solo personal, sino, que sean compartidos, y principalmente con quien se ama, con quien está cerca, por lo tanto, debe ser disfrutado pero también sufrido por quienes lo rodean, porque sin ellos no es más que un nutrimento para el ego y para la soledad, es por eso que esta vocación es mucho más que una profesión, es un estilo de vida, es la vida misma, que si no es compartida, poco sentido tendría.

Más que adquirida, la vocación, desde mi perspectiva, es implantada desde el inicio de la vida misma, y por nadie más que por Dios, Quien también pone al frente las herramientas, las oportunidades y, sobre todo, a quienes serán ese gran sostén de quien la vive, a quienes también se les da las herramientas para descubrir que son parte de la misma vocación, es por eso Fernanda que eres uno de esos grandes pilares que me han mantenido, e incluso encausado a vivir esta vocación, compartiendo, alentando, llorando y festejando a mi lado, siempre, permaneciendo juntos y en ocasiones llevándome incluso de la mano, cuando pensaba en no poder más, aconsejando, impulsando, pero sobre todo amando, amando como nada ni nadie lo ha hecho, mostrándome que puedo incluso más de lo que yo pensé que podría, y junto con Luis e Inés quienes a su corta edad no entienden del todo lo que hace su padre, han logrado esta meta y han sufrido, extrañado y compartido todo este camino.

A mis padres que siempre apoyaron, que incluso sacrificaron mucho, que con su ejemplo de tenacidad, de fortaleza, de espiritualidad, amor al prójimo, han forjado gran parte de mi carácter y han logrado encausarme y entender esta vocación que también los hace felices, Ana Julia, Gerardo, no hay como agradecer todo el sacrificio y los años invertidos en la formación de tres hombres que saben hoy lo que es el amor, lo que es el apoyo, y que saben lo que significa ESTAR, porque siempre hemos estado, ahí, a veces en la distancia pero siempre ahí, Gerar, gracias por todo el apoyo, por siempre dar la mano y poner el hombro en donde siempre quepo para abrazar, para sonreír, para festejar, para llorar y para

todo, gracias Pame y Gerar por estar y compartir conmigo, Esperanza gracias por ser una porrista extraordinaria, lo que me has alentado, porque también y desde tu lado compartes mucho más esta vocación, Nacho y Jess sin el apoyo que me brindan, junto con Iñigo y Marijose que alegraban mis tardes en su casa sin reservas, de eso se trata ser familia, los amo.

A mis suegros Ignacio y Esperanza por todo el apoyo incondicional, a mi familia y en lo personal, Dios fue grande conmigo al darme dos padres y dos madres de la talla de ustedes. Gracias cuñados Adri, Narci, Ignacio y Pili, mis mejores promotores y grandes apoyos junto con Juanpa, Marijose, Paula y Andrés, que siempre están pendientes, gracias por todo el cariño, amor y apoyo, los amo.

Y qué decir de la familia que uno escoge, que sería imposible mencionarlos a todos en breves líneas, pero a la Banduki y Palomilla gracias, gracias por el cariño, por las porras, el apoyo por estar siempre ahí, porque saben identificar los momentos en los que se necesita que estén cerca, porque nos hemos convertido en familia.

Gracias Dios por todo y por tanto.

1. RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de complicaciones durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de la Mujer, en el periodo de julio a diciembre de 2020.**Material y métodos.** Es un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, que se realizó en el Hospital de Mujer en el periodo 2020. Se incluyeron a gestantes adolescente de 10 a 19 años de edad con expediente clínico completo, que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado. se excluyeron a adolescentes embarazadas que presentaron alguna complicación durante el embarazo y a adolescentes embarazadas con expedientes clínicos ilegibles. El tamaño de la muestra fue de 430 pacientes adolescentes embarazadas. Se empleó estadística descriptiva para los datos generales de la población en estudio con cálculo de porcentajes, frecuencias absolutas y gráficos según sea la necesidad de la presentación de los datos, para lo cual se diseñó una hoja especial en Excel y en el paquete estadístico SPSS versión 25 de IBM. **Resultados.** Las complicaciones maternas más prevalentes ocurrieron: en el grupo de 12 a 13 años fueron parto pretérmino con el 33.3%; para el grupo de 14 a 16 años predominó atonía uterina con el 10.4%, para el grupo de 17 a 19 años predominó preeclampsia con el 8.8%.

Conclusión. La complicación fetal más sobresalientes fue la desproporción céfalo-pélvica (33.3%) y se dio en el grupo de 12 a 13 años y La complicación materna más frecuente fue el parto pretérmino con el 33.3% y ocurrió en el grupo de 12 a 13 años

Palabras clave. Objetivo. Complicaciones, embarazo en adolescentes.

2. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se define como la etapa de la vida para alcanzar la madurez reproductiva y psicológica de un individuo, considerada entre las edades de 10 y 19 años, y considerada un período de vulnerabilidad debido a cambios en la fisiología humana y el sexo. determina principalmente la edad adulta, y las decisiones más importantes a tomar, especialmente en la adolescencia tardía, se consideran entre los 17 y 19 años.

Según la Organización Mundial de la Salud, las complicaciones del embarazo y el parto son la segunda causa principal de muerte en niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde 2000, las muertes en todas las regiones han disminuido significativamente, con tasas de mortalidad que han bajado de 21 a 9 por cada 100.000 niñas, especialmente en América Latina. Aproximadamente 3 millones de abortos inseguros ocurren cada año entre niñas de entre 15 y 19 años y contribuyen a la mortalidad materna y los problemas de salud a largo plazo.

Hay varios trabajos de investigación que revelan las principales complicaciones del embarazo en la adolescencia, como anemia, desnutrición, infecciones del tracto urinario, hipertensión relacionada con el embarazo, retraso en el desarrollo uterino, hemorragia obstétrica y cesárea. Debido a que cada persona tiene un ritmo diferente, es importante conocer, prevenir, tratar e informar a las personas sobre los principales síntomas del embarazo adolescente entre quienes atienden en un área en particular. A juicio de los autores de este tratado, la base de la información contenida en el mismo puede ser la base para las decisiones en materia de manejo, resolución, difusión y embarazo adolescente, así como la formación de la propia población.

3. ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES GENERALES:

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa de la vida en la que la persona adquiere la capacidad reproductiva, es una transición de los patrones psicológicos y biológicos de la niñez a la adultez. Esta etapa comprende de los 10 a los 19 años; se divide en adolescencia primera o temprana (entre los 10 a 13 años), adolescencia media (entre los 14 a 16) y adolescencia tardía (entre los 17 a 19 años). En este periodo los cambios biológicos, psicológicos y sociales y una etapa de vulnerabilidad es la característica; por lo tanto, no es la más apta para el embarazo. El embarazo en personas adolescentes es uno de los problemas médicos más desgastantes, esto debido a la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y el uso inadecuado de los métodos para la prevención del embarazo. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que, para 2013, cerca de 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años quedaron embarazadas y un millón de menores de 15 años tuvieron un parto, alrededor del 11% de los nacimientos a nivel mundial. La tasa media de natalidad entre adolescentes de entre 15 y 19 años en 2013 fue de 49 por cada 1,000 nacidos vivos. Cada año, 3 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años se realizan abortos peligrosos; las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de mortalidad a nivel mundial. Las adolescentes menores de 16 años tienen riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las pacientes de entre 20 y 30 años. El problema es mayor en países en vías de desarrollo, donde las complicaciones durante el embarazo y el parto son la principal causa de muerte en las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad. Estos países presentan tasas de natalidad en adolescentes cinco veces mayores que los países desarrollados, adicionalmente, las adolescentes embarazadas reciben con mayor frecuencia una

médica deficiente o de mala calidad. Latinoamérica y el Caribe presentan una tasa de natalidad en adolescentes del 18%; la tasa de fecundidad en adolescentes de la región es la segunda más alta del mundo (80 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años), y aunque estos números han disminuido a nivel mundial, en América Latina y el Caribe el descenso es lento. ⁽²⁾

Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 muestran que la tasa media de natalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000.

Al año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes; por día 41,095; cada hora 1,712. En Latinoamérica los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en países como Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela lo que representa entre un 15-25% de los adolescentes. ⁽³⁾

La adolescente se enfrenta a diversas dificultades conforme a su evolución como ser humano, a la vez que toma decisiones respecto de su sexualidad, aprende el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, elige cómo participar en los diversos tipos de actividades sexuales, descubre la forma de identificar el amor y asimila los conocimientos requeridos para impedir que se produzca un embarazo que no desea. Así, existen múltiples factores de riesgo que van a influir en que las adolescentes se embaracen susceptibles de ser modificados desde la atención primaria de salud, como ser amas de casa, inicio temprano de las relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos adecuados y la crianza en un núcleo familiar disfuncional. ⁽⁴⁾

Durante la adolescencia, el cuerpo está en una etapa de crecimiento. Si el embarazo ocurre durante estos años, la nutrición debe ser suficiente para el crecimiento de la madre además del bebé. Los resultados están influenciados por esta inmadurez biológica, el embarazo no deseado, la atención perinatal inadecuada, la mala nutrición materna y el estrés. La mortalidad y la morbilidad están directamente relacionadas con la edad de la madre. Los resultados son más adversos en el grupo adolescente inferior de 13 a 15 años que en el grupo adolescente superior de 16 a 19 años. Los embarazos adolescentes han mostrado asociación con mayores riesgos de prematuridad, bajo peso al nacer, preeclampsia y anemia en comparación con los embarazos de adultos. Los

estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que los niños nacidos de madres adolescentes corren un mayor riesgo y generalmente están plagados de retrasos intelectuales, lingüísticos y socioemocionales. ⁽⁵⁾

Durante el embarazo existen cambios biopsicosociales, también cambios intrafamiliares, lo que influye en la funcionalidad familiar. Las familias de mujeres adolescentes embarazadas, si bien son diversas, están representadas en mayor grado por familias monoparentales o reconstituidas. Es común encontrar antecedentes de embarazo en la adolescencia dentro del núcleo familiar; se ha observado que la falta de comunicación y la deficiente educación sexual aumentan el riesgo de crear un patrón ⁽⁸⁾. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 indicó que una de cada tres mujeres adolescentes de 15 a 19 años (29.2%) había iniciado una vida sexual; 44.9% de las adolescentes no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual. La OMS determinó como prioridad de atención a pacientes adolescentes embarazadas, ya que repercute en la salud del niño y de la madre. ⁽⁶⁾

Las madres adolescentes no tienen la suficiente madurez como para asumir la responsabilidad de ser madres, lo que lleva a una atención prenatal sin el debido cuidado, como se observa en el número significativamente pequeño de consultas prenatales. Tal descuido podría estar asociado principalmente con resultados adversos, como el parto prematuro y la restricción del crecimiento intrauterino. Biológicamente, las madres adolescentes tempranas todavía no están completamente maduras y necesitan una alimentación adecuada para su propio desarrollo y necesitan aún más para sus bebés. Ciertamente, las madres adolescentes tienen necesidades únicas, incluido el apoyo nutricional y psicológico, durante el embarazo y el posparto. ⁽⁷⁾

Es innegable que el embarazo exista como problema, sobre todo en edades muy tempranas, donde las complicaciones durante el embarazo son mayores a las de mujeres mayores de 20 años; sin embargo, sólo el 10% de los embarazos en adolescentes ocurren en mujeres menores a esa edad. Detrás de la información que se presenta, existen otras circunstancias, como una historia previa de desnutrición, falta de acceso a servicios de salud –o servicios de baja calidad– y

poco acceso a servicios educativos. Todos estos factores muestran un panorama complejo y difícil para las pacientes adolescentes que viven en pobreza, lo que sin dudas tiene efectos adversos durante la etapa reproductiva. ⁽⁸⁾

Los cambios culturales a los que están expuestos los adolescentes en general, hacen que la vida sexual se inicie a edades más tempranas, lo que provoca aumento de los embarazos en mujeres adolescentes. Esta realidad se presenta tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo con importantes consecuencias sociales como la perpetuación de la pobreza, el abandono escolar, la estigmatización social y consecuencias médicas como son mayor morbi-mortalidad materno-perinatal e infantil. Las investigaciones sobre fecundidad y embarazo en adolescentes en el ámbito biomédico y social tuvieron gran impulso en la década del setenta en los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos, pero es en los años ochenta que se le pone atención al fenómeno en la región de Latinoamérica y el Caribe y se consolidó dentro de las agendas internacionales a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo. ⁽⁹⁾

El informe 2005 de la OMS muestra que, cada minuto, una mujer muere por complicaciones relacionadas al embarazo y parto; es decir, más de medio millón cada año. Cuando una niña se convierte en madre antes de estar física y emocionalmente lista, los resultados son aún más trágicos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son las principales causas de muerte de mujeres jóvenes de 15 a 19 años en el mundo en desarrollo. Debido al rápido crecimiento y desarrollo del cuerpo, la adolescencia es normalmente un período de altas necesidades nutricionales. El embarazo impone demandas nutricionales adicionales en el cuerpo en crecimiento y puede agotar rápidamente la reserva ya limitada. ⁽¹⁰⁾

3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

Factores asociados a complicaciones del embarazo en adolescentes

En las pacientes adolescentes, el mayor riesgo no parece estar relacionado a las condiciones fisiológicas, sino a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado y mucho menos planificado y sin una relación sólida de pareja, lo que condiciona una actitud de ocultamiento y rechazo a su condición por temor al rechazo del núcleo familiar, lo que propicia un control prenatal tardío o insuficiente. ⁽¹¹⁾

Como quiera, el fenómeno del embarazo en adolescentes se observa más frecuentemente en los sectores sociales menos favorecidos, las niñas y jóvenes embarazadas registran con más frecuencia un estado nutricional no adecuado, lo que aumenta el riesgo de complicaciones tales como: eclampsia, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, prematuridad, bajo peso al nacer, entre muchas otras. En el plano personal se han identificado algunos factores de riesgo que ocurren en las adolescentes en pobreza y que podrían favorecer el embarazo a edades tempranas: deserción escolar, personalidad inestable, dificultad en la planeación de proyectos de vida a largo plazo, falta de aptitud y actitud preventiva, baja autoestima, menarca precoz, conducta antisocial y bajo nivel educativo; en cuanto a los rasgos familiares pueden ser importantes la familia disfuncional (tensión, crisis y conflicto familiar), pérdida de un familiar cercano, madre con antecedente de embarazo adolescente, hermana también adolescente embarazada, padre ausente y vínculo más estrecho, pero ambivalente, con la madre. En el plano económico y social se han detectado otros factores: condición económica desfavorable, trabajo no calificado, migración, residencia en área rural, inicio precoz en la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre la sexualidad, conceptos contradictorios respecto a la sexualidad en el núcleo familiar, en el entorno social o a través de los medios de comunicación a los que se tiene acceso; por último, un factor altamente determinante es el machismo integrado como valor cultural. ⁽¹²⁾

La carencia afectiva, el difícil acceso a oportunidades y la falta de una educación de calidad, conducen a la adolescente a una relación sexual temprana con riesgo de un embarazo por la falta de acceso a métodos efectivos de planificación. Algunas de las causas observables son: mantener relaciones sexuales cuando aún no existe la madurez emocional para la toma de decisiones, familia disfuncional, bajo nivel educativo, pensamientos mágicos y fantasías de esterilidad y la falta de educación sexual adecuada y uso de métodos anticonceptivos. Las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas si se presenta alguna de las siguientes situaciones: comienzan a tener citas a temprana edad (a los 12 años con una probabilidad de 91 % de tener relaciones sexuales antes de los 19, y a los 13 un 56 %), desertan del colegio, crecen en condiciones carentes de recurso, tienen una madre que su primer parto se presentó a los 19 años o menos, han sido víctimas de abuso sexual, carecen de una efectiva red de apoyo, viven en donde el embarazo a edades tempranas es común, consumen tabaco, alcohol y/u otras drogas. ⁽¹³⁾

El matrimonio a edades tempranas y los roles de género tradicionales son un factor importante en la tasa de embarazo adolescente. Por ejemplo, en algunos países del África subsahariana; el embarazo temprano a menudo se ve como una bendición porque es una prueba de la fertilidad de la joven. En la india, el matrimonio a edades tempranas y el embarazo son más comunes en las comunidades rurales tradicionales que en las comunidades más urbanizadas. La falta de educación sobre sexo seguro, es una causa del embarazo adolescente. A muchos adolescentes no se les enseñan métodos anticonceptivos y cómo tratar con sus compañeros que los presionan para tener relaciones sexuales antes de que estén listos. Muchas adolescentes embarazadas no tienen conocimiento de los hechos centrales de la sexualidad.

En países donde el matrimonio adolescente no es tan común, como en muchos otros países desarrollados, el inicio temprano de las relaciones sexuales y la falta de uso de métodos anticonceptivos adecuados (o su uso inconsistente y / o incorrecto; el uso de un método con una tasa elevada de fracaso también es un

problema) pueden ser factores de riesgo para que se presente un embarazo adolescente.

Sexualidad: Debido a diversas influencias como los medios de comunicación, las influencias interculturales, la disminución de la supervisión por parte de los adultos, hay un inicio temprano de la actividad sexual. Varias encuestas han indicado la presión de grupo como un factor para alentar a las niñas y los niños a tener relaciones sexuales. El aumento de la actividad sexual entre los adolescentes se manifiesta en un aumento de los embarazos adolescentes y un aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

Influencia mediática: Un estudio realizado en 2006 encontró que los adolescentes que estaban más expuestos a la sexualidad en los medios de comunicación también tenían más probabilidades de participar en actividades sexuales. Las adolescentes expuestas a la mayor cantidad de contenido sexual en la televisión tienen el doble de probabilidades que las adolescentes que miran menos de este material para quedar embarazadas antes de cumplir los 20 años.

(14)

Las adolescentes tienen menos probabilidades de buscar atención prenatal regular; 34.8%, 43.2% en los grupos de adolescentes tempranos y tardíos tenían algún tipo de atención prenatal en comparación con 93% en embarazadas no adolescentes (valor $P = 0.0001$). Un estudio en Egipto y Sudán muestra que el 63.3% de las adolescentes tenían atención prenatal en comparación con el 82.3% de las mujeres mayores. Esto indica que las madres adolescentes tuvieron menos cuidado con su embarazo, probablemente debido a la falta de conciencia y madurez. (15)

Estudios sobre complicaciones del embarazo adolescente

En el estudio de Gollapudi et al, el 13.05% de las madres adolescentes tuvieron partos prematuros en comparación con el 6.40% de las madres no adolescentes. El valor p fue menor que 0.001, lo que indica que los partos prematuros en madres adolescentes fueron significativamente más altos que en madres no adolescentes. La incidencia de restricción del crecimiento intrauterino

fue de 14.18% en madres adolescentes y 8.61% en madres no adolescentes. Del mismo modo, se descubrió que los bebés con bajo peso al nacer en el 47.34% de las madres adolescentes en comparación con el 30% en las madres que no pertenecen a ese grupo de edad. El peso medio de un bebé en el presente estudio fue de 2.07 kg en madres adolescentes. El 91.41% de los nacimientos fueron nacidos vivos, mientras que los nacimientos muertos constituyeron el 8.59% en madres adolescentes en comparación con el 3.44% en las madres no adolescentes. ⁽¹⁶⁾

Velastegui et al revisó información sobre el embarazo en adolescentes desde un enfoque de riesgo en un estudio de casos y controles realizado en el Hospital III Cayetano Heredia, descubriendo que la incidencia de embarazo en pacientes adolescentes fue del 12.9 %, sin atención prenatal 62.7 %, complicaciones obstétricas 40.4 %. Así como, las complicaciones maternas en un segundo embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital "Sergio E. Bernales Collique" que fueron: durante la gestación: anemia (31 %), infección de tracto urinario (27.6 %), síndrome de aborto (24.1 %), ruptura prematura de membranas (10.3 %) y oligohidramnios (6.9 %). Complicaciones durante al parto: trabajo de parto disfuncional (13.8 %) y desgarros perineales (6.9 %). Complicaciones posteriores al embarazo: anemia (44.8 %), infección de tracto urinario (24.1 %), atonía uterina (6.9 %) y endometritis (3.4 %). ⁽¹⁷⁾

Los resultados maternos adversos del embarazo en la adolescencia incluyen trabajo de parto prematuro, anemia, trastornos hipertensivos del embarazo, infección del tracto urinario, aborto, enfermedades de transmisión sexual, VIH, malaria, fístulas obstétricas, sepsis puerperal, enfermedad mental y alta tasa de cesáreas por desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal. Los resultados fetales adversos incluyen nacimientos prematuros, recién nacidos con bajo peso al nacer, nacidos muertos, asfixia al nacer, síndrome de dificultad respiratoria y traumatismos o lesiones al nacer. ⁽¹⁸⁾

Las complicaciones maternas más comunes del embarazo adolescente en el estudio de Shaikh et al fueron anemia (34.2%), parto prematuro (23.89%) y trastornos hipertensivos (Hipertensión inducida por el embarazo: 33.3% y

preeclamsia: 16.2%). Talawar S citó el riesgo de anemia como 30%, parto prematuro 14% y trastornos hipertensivos 32%.⁽¹⁹⁾

Torres et al refiere que el sangrado fisiológico durante el trabajo de parto predispone a la paciente a cierto grado de anemia, lo cual se ve agravado en adolescentes por mayor riesgo de desgarros y por otras situaciones del cuerpo en desarrollo. En adolescentes embarazadas la anemia predispone a mayor morbilidad y mortalidad posparto. La anemia es común en mujeres con una dieta deficiente, como es el caso de las pacientes menores de 20 años, donde los malos hábitos alimenticios, propios de su edad, contribuyen una deficiencia de hierro.⁽²⁰⁾

En la investigación de Ortiz et al se encontró que en las pacientes adolescentes embarazadas fue más frecuente la preeclamsia con criterios de severidad con una diferencia estadísticamente significativa comparado con los controles. Acorde a este hallazgo en Florida, EEUU, Muktar H. Aliyu et al, en un estudio de cohorte desde el 2004 al 2007, después de ajustar por variables sociodemográficas, obesidad y edad, reportaron que en las pacientes menores de 20 años aumenta el riesgo de presentar preeclamsia OR: 3,79 con IC 95%: 3.15 – 4.55. Al igual en el noreste de India, hubo asociación con preeclamsia con un OR de 2.01 (IC 95 %: 1.04 – 3.89), en adolescentes primigestas comparadas con primigestas entre 20 y 25 años. Kawakita et al. realizaron un estudio multicéntrico (2002-2008) con una muestra de 43,537 pacientes, encontraron que las adolescentes tienen mayor riesgo para preeclamsia y síndrome de HELLP, con OR 1.44 (IC 95%: 1.17-1.77).⁽²¹⁾

Diversos estudios han encontrado mayor riesgo de parto pretérmino en las pacientes adolescentes. En un estudio de Hediger et al., se realizó una discriminación entre parto pretérmino con trabajo de parto previo, y parto pretérmino atribuible a otras causas como ruptura prematura de membranas. Se encontró que las adolescentes menores de 16 años no presentaron aumento de riesgo de parto pretérmino (atribuible a otras causas), sino una discreta disminución no significativa del riesgo (OR=0.70; IC95%=0.28-1.75). En el estudio de Okumura et al, el riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino en las

adolescentes es menor que en las adultas, quizás por las múltiples causas que conllevan a las gestantes a padecer este problema. ⁽²²⁾

Ghose et al ha observado que el embarazo en la edad temprana se asocia con un aumento de anomalías en el SNC, el sistema gastrointestinal y musculoesquelético, siendo las anomalías más comunes del SNC además de la anencefalia, la espina bífida/meningocele, hidrocefalia y microcefalia. Las anomalías gastrointestinales atribuidas a onfalocele/gastrosquisis; anomalías musculoesqueléticas / integumentales atribuidas principalmente al labio leporino / paladar hendido y polidactilia / sindactilia / adactilia. La razón exacta no se conoce, pero se registran algunas correlaciones, entre el índice de masa corporal antes del embarazo, el ácido fólico y otros requerimientos de multivitaminas antes y durante el embarazo. ⁽²³⁾

Un estudio de Nili et al. mostró que solo el 2% de las adolescentes embarazadas presentaban infecciones del tracto urinario. En el estudio de Santos et al., la infección urinaria se produjo en el 17.1% de los adolescentes. El estudio tuvo el objetivo de establecer el perfil del embarazo en la adolescencia en una población atendida por el Sistema Único de Salud (SUS, Sistema Único de Saúde) en la ciudad de Muriaé, en la región Zona da Mata Mineira, y verificó que la infección urinaria fue una de las complicaciones más frecuentes entre los adolescentes puérperas, que ocurre con una mayor proporción en adolescentes mayores de 16 años. ⁽²⁴⁾

Cabañas et al encontró que las complicaciones somáticas más frecuente en las madres adolescentes son: Anemia, Infección del tracto urinario, retardo en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones en el parto como hemorragias y/o desgarro uterino. ⁽²⁵⁾

Las complicaciones obstétricas significativas observadas por Onoh et al incluyen anemia en el embarazo, infección por VIH, malaria en el embarazo, parto prematuro, hemorragia posparto y bajo peso al nacer. ⁽²⁶⁾

Lawot et al reportó que la mayoría de adolescentes sufrieron trabajo de parto obstruido (28.3%) seguido de trabajo de parto prolongado (15.2%) y oligohidramnios (15.2%), mientras que un estudio realizado por Pun y Chauhan

identificó la hemorragia preparto y posparto como la principal complicación entre madres adolescentes. Con respecto a las complicaciones en los recién nacidos, el presente estudio revela que la asfixia al nacer (12.0%) es una complicación principal que es similar al hallazgo en un estudio realizado por Kumar et al. La muerte fetal intrauterina 4.3% y muerte fetal (2.2%) también se encuentran en el estudio de Lawot et al. ⁽²⁷⁾

Como una medida del resultado neonatal, el puntaje de Apgar a 1 minuto y 5 minutos de recién nacidos de madres adolescentes y post-adolescentes no mostró significación estadística, pero los bebés nacidos de madres adolescentes tenían entre el 5% y 6% más de probabilidades de obtener un puntaje ≤ 4 y 4-7 respectivamente, a 1 minuto. A los 5 minutos, los bebés del grupo de adolescentes tenían un 99.9% menos de probabilidades de obtener un puntaje ≤ 4 , pero casi un 12% más de probabilidades de obtener un puntaje de 4-7, en comparación con el grupo de postadolescentes. ⁽²⁸⁾

García et al reportó que, con relación a la vía de resolución del embarazo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de cesáreas entre las embarazadas adolescentes y adultas. Este hecho no es raro en los hospitales privados donde la tasa de cesáreas es elevada pese a las campañas dirigidas a su reducción. En otros estudios la diferencia de una mayor resolución por vía cesárea se le ha atribuido a un mayor riesgo para el producto ante una osificación incompleta de la pelvis y su tamaño menor. Sin embargo, en países con escasos recursos como Camerún, un estudio en el Hospital Central de Yaoundé que incluyó 560 pacientes adolescentes logró una tasa de hasta 85.2% de partos vaginales, en parte justificada por las condiciones públicas del hospital de primer nivel y la primiparidad de las pacientes. ⁽²⁹⁾

Izaguirre et al demostró que la presencia de desgarros perineales, la inducción/conducción fallida y la fase latente prolongada, fueron las complicaciones más frecuentes de las adolescentes embarazadas, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en relación a las pacientes adultas. Diversos estudios han demostrado que la incidencia de complicaciones

durante el parto y puerperio que se presentan son: desgarros perineales, histerectomía obstétrica o la presencia de hemorragia obstétrica. ⁽³⁰⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según múltiples publicaciones es destacable que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo siempre plantea riesgos muy claros que se suman a los derivados de la falta de madurez fisiológica en la paciente adolescente embarazada. La morbilidad durante el embarazo en las adolescentes, 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 la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la poca ganancia de peso y malnutrición materna asociada, síntomas de parto pretérmino y la ruptura prematura de las membranas ovulares.

La atención obstétrica a la paciente adolescente es un problema no solo de la adolescente, sino, de toda la familia. En muchas ocasiones se generan serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. Es así que la atención prenatal está determinado por situaciones como: el estado biológico de la adolescente en el momento en que se presenta el embarazo con especial atención en el estado nutricional, riesgo aumentado de anemia, enfermedades hipertensivas, diabetes, parto distócico, hemorragias, recién nacido con peso bajo, y enfermedades genéticas; sin omitir las alteraciones psicosociales y familiares no transitorias por desorganización.

Pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de complicaciones en el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de la Mujer, en el periodo julio a diciembre de 2020?

5. OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de complicaciones durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de la Mujer, en el periodo de julio a diciembre de 2020.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

a) Identificar las principales complicaciones del embarazo en las adolescentes del grupo de estudio.

- Maternas
- Fetales

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo.

6.1.1.- CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

Por la participación del investigador: el estudio es observacional.

Por la direccionalidad: el estudio es transversal.

Por la temporalidad: el estudio es prospectivo.

Por el propósito del estudio: es descriptivo.

6.2. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL:

Tiempo: en el periodo de julio a diciembre de 2020.

Espacio: Hospital de la Mujer de Puebla.

6.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO:

Se formó la población en estudio en función de los criterios de selección.

Se pidió permiso a las autoridades del Hospital sede de la presente investigación para recabar los datos de las variables propuestos en los objetivos de la presente investigación, para lo cual se diseñó una hoja especial en Excel y en el paquete estadístico SPSS versión 25 de IBM.

6.4. MUESTREO:

6.4.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

La unidad de población del presente estudio se conformó con cada paciente adolescente embarazada.

6.4.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se seleccionará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

6.4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

6.4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Expediente clínico completo.

Pacientes adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Pacientes adolescentes que completaron atención obstétrica en el Hospital de la Mujer Puebla

Pacientes adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre las edades de 10 a 19 años.

6.4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes adolescentes embarazadas que fueron ingresadas al servicio de Complicaciones Prenatales, con enfermedades preexistentes.

6.4.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que no completaron atención obstétrica en el Hospital de la Mujer Puebla.

6.4.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

El muestreo fue no probabilístico, la muestra fue determinada con todas las pacientes adolescentes embarazadas que reunieron los criterios de selección.

El tamaño de la muestra fue de 430 pacientes adolescentes embarazadas.

6.5.- DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

La definición de las variables se encuentra en el apartado anexos.

6.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se encuentra en el apartado ANEXOS. .

6.7. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS:

Se formó la población en estudio con base en los criterios de inclusión y de exclusión, se obtuvieron los datos de las variables de interés y se cuantificaron y ordenaron el análisis estadístico. Se interpretaron los datos

para la elaboración del documento preliminar y su revisión para redactar el documento final.

Se utilizó el método de homogenización que consiste en obtener un banco de datos preliminar computarizados que contengan de forma separada toda la información original, a partir de la cual se realizaron las depuraciones y recategorizaciones. Para estos fines se utilizarán también las instrucciones para la recolección de datos, los listados de las variables y sus categorías. Una vez que se homogeneizaron los datos se obtuvo un banco de los mismos con la información requerida para satisfacer los objetivos de este trabajo.

6.8. ANÁLISIS DE DATOS:

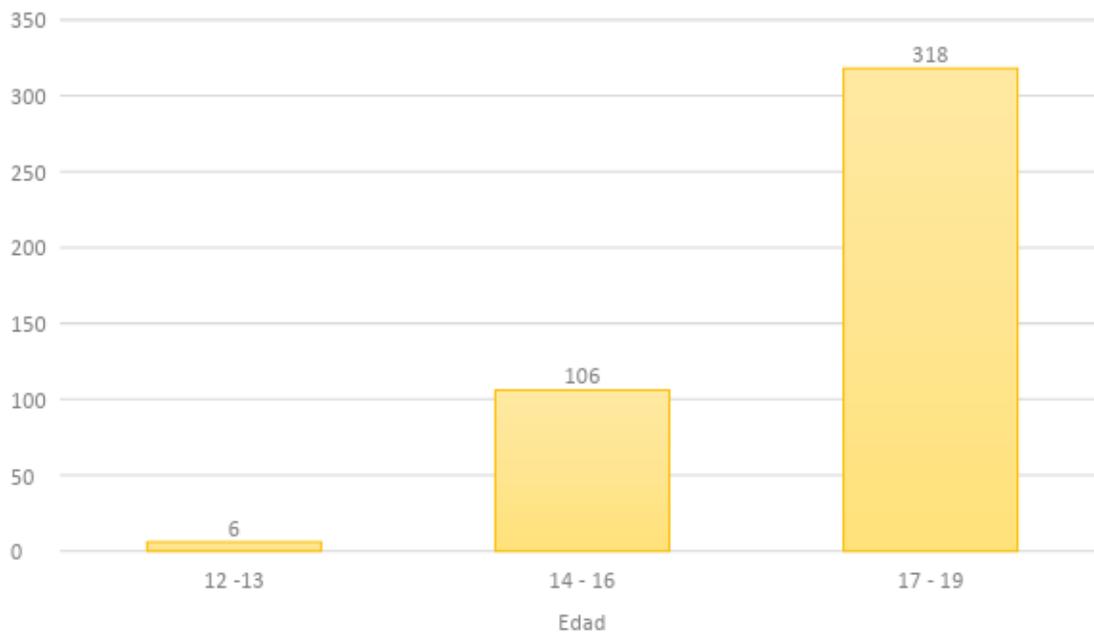
Se empleó estadística descriptiva para los datos generales de la población en estudio con cálculo de porcentajes, frecuencias absolutas y gráficos según sea la necesidad de la presentación de los datos.

7. Resultados

Cuadro 1: Distribución por edad

	Frecuencia	Porcentaje
12 -13	6	1.4%
14 - 16	106	24.7%
17 - 19	318	74.0%
Total	430	100.0%

Gráfica 1: Distribución por edad



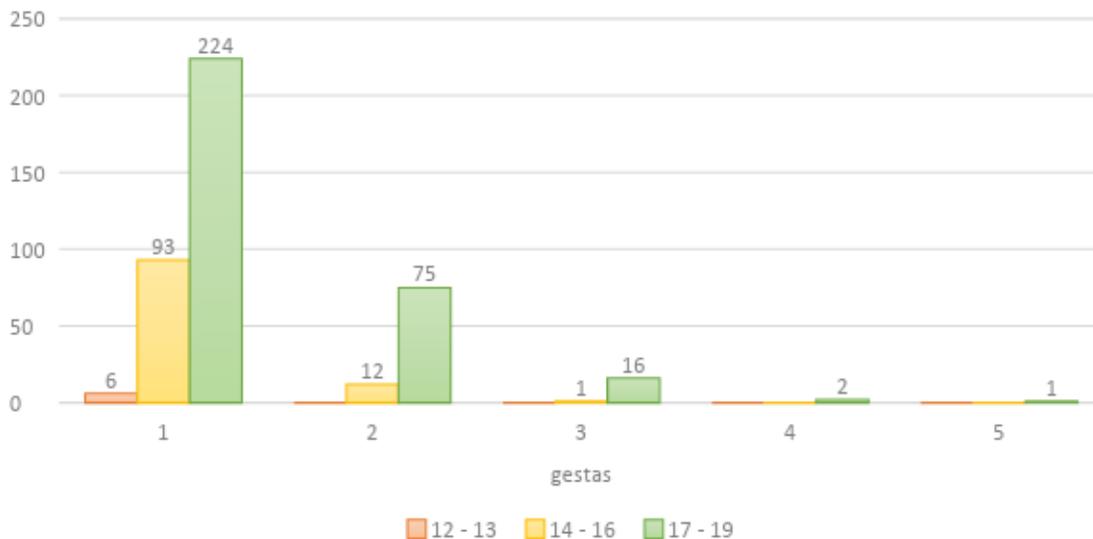
El grupo de edad predominante fue de 17 a 19 años con el 74.0%, seguido de 14 a 16 años con el 24.7%, y por último 12 a 13 años con el 1.4%.

Fuente: Hospital de la Mujer, periodo julio a diciembre de 2020.

Cuadro 2: Distribución por gestas

	Edad (Agrupada)					
	12 - 13		14 - 16		17 - 19	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	6	100.0%	93	87.7%	224	70.4%
2	0	0.0%	12	11.3%	75	23.6%
3	0	0.0%	1	0.9%	16	5.0%
4	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
5	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
Total	6	100.0%	106	100.0%	318	100.0%

Gráfica 2: Distribución por gestas



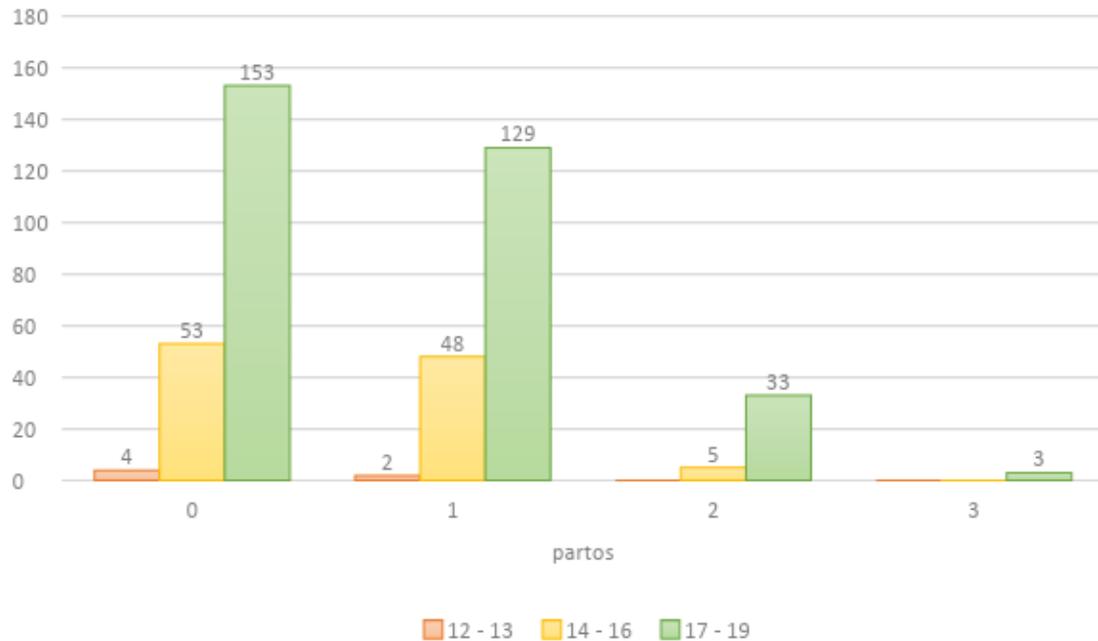
El número de gestas más frecuente para el grupo de 12 a 13 años fue 1 gesta con el 100%; para el grupo de 14 a 16 años predominó 1 gesta con el 87.7%, seguido de 2 gestas con el 11.3%, y 3 gestas con el 0.9%; para el grupo de 17 a 19 años predominó 1 gesta con el 70.4%, seguido de 2 gestas con el 23.6%, 3 gestas con el 5.0%, 4 gestas con el 0.6%, y por último 5 gestas con el 0.3%.

Fuente: Hospital de la Mujer, periodo julio a diciembre de 2020.

Cuadro 3: Distribución por partos

	Edad (Agrupada)					
	12 - 13		14 - 16		17 - 19	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia
0	4	66.7%	53	50.0%	153	48.1%
1	2	33.3%	48	45.3%	129	40.6%
2	0	0.0%	5	4.7%	33	10.4%
3	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%
Total	6	100.0%	106	100.0%	318	100.0%

Gráfica 3: Distribución por partos



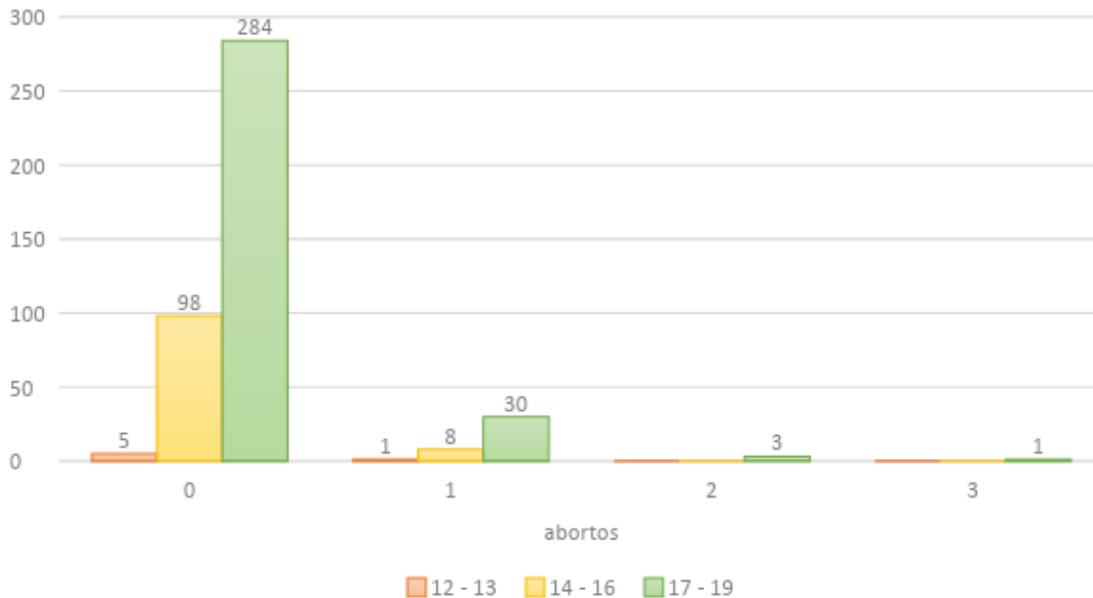
El número de partos predominante para el grupo de 12 a 13 años fue 0 partos con el 66.7%, seguido de 1 parto con el 33.3%; para el grupo de 14 a 16 años predominó 0 partos con el 50.0%, seguido de 1 parto con el 45.3%, y 2 partos con el 4.7%; para el grupo de 17 a 19 años predominó 0 partos con el 48.1%, seguido de 1 parto con el 40.6%, 2 partos con el 10.4%, y por último 3 partos con el 0.9%.

Fuente: Hospital de la Mujer, periodo julio a diciembre de 2020.

Cuadro 4: Distribución por abortos

	Edad (Agrupada)					
	12 - 13		14 - 16		17 - 19	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia
0	5	83.3%	98	92.5%	284	89.3%
1	1	16.7%	8	7.5%	30	9.4%
2	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%
3	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
Total	6	100.0%	106	100.0%	318	100.0%

Gráfica 4: Distribución por abortos



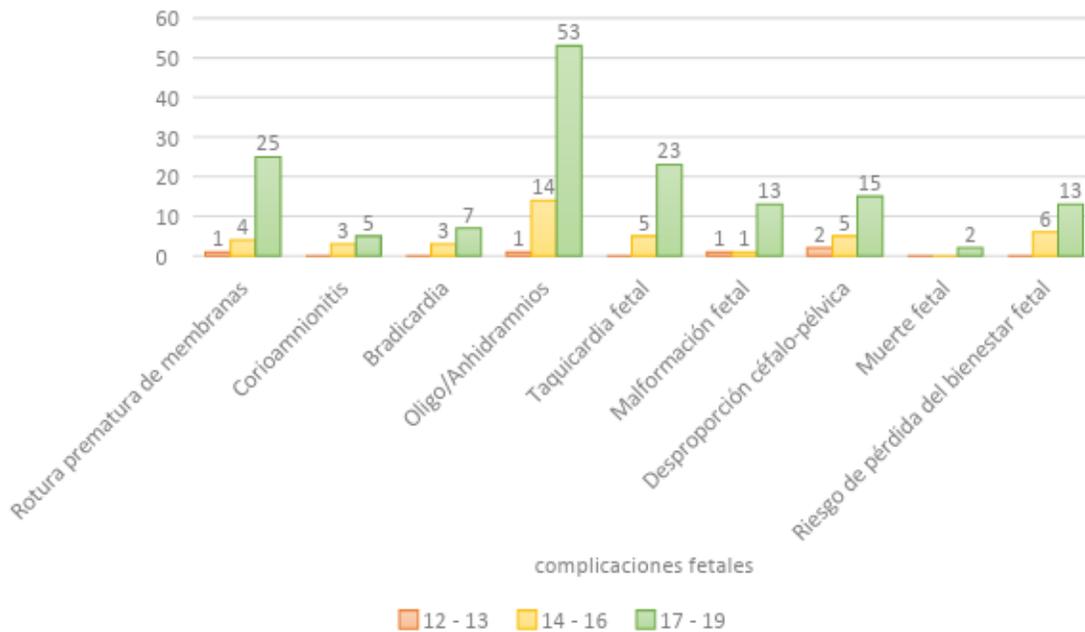
El número de abortos predominante para el grupo de 12 a 13 años fue 0 abortos con el 83.3%, seguido de 1 aborto con el 16.7%; para el grupo de 14 a 16 años predominó 0 abortos con el 92.5%, seguido de 1 aborto con el 7.5%; para el grupo de 17 a 19 años predominó 0 abortos con el 89.3%, seguido de 1 aborto con el 9.4%, 2 abortos con el 0.9%, y por último 3 abortos con el 0.3%.

Fuente: Hospital de la Mujer, periodo julio a diciembre de 2020.

Cuadro 5: Distribución por complicaciones fetales

	Edad (Agrupada)					
	12 - 13		14 - 16		17 - 19	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Rotura prematura de membranas	1	16.7%	4	3.8%	25	7.9%
Corioamnionitis	0	0.0%	3	2.8%	5	1.6%
Bradycardia	0	0.0%	3	2.8%	7	2.2%
Oligo/Anhidramnios	1	16.7%	14	13.2%	53	16.7%
Taquicardia fetal	0	0.0%	5	4.7%	23	7.2%
Malformación fetal	1	16.7%	1	0.9%	13	4.1%
Desproporción céfalo-pélvica	2	33.3%	5	4.7%	15	4.7%
Muerte fetal	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	0	0.0%	6	5.7%	13	4.1%

Gráfica 5: Distribución por complicaciones fetales



Las complicaciones fetales más prevalentes en el grupo de 12 a 13 años fue la desproporción cefalo-pélvica con el 33.3% respectivamente; para el grupo

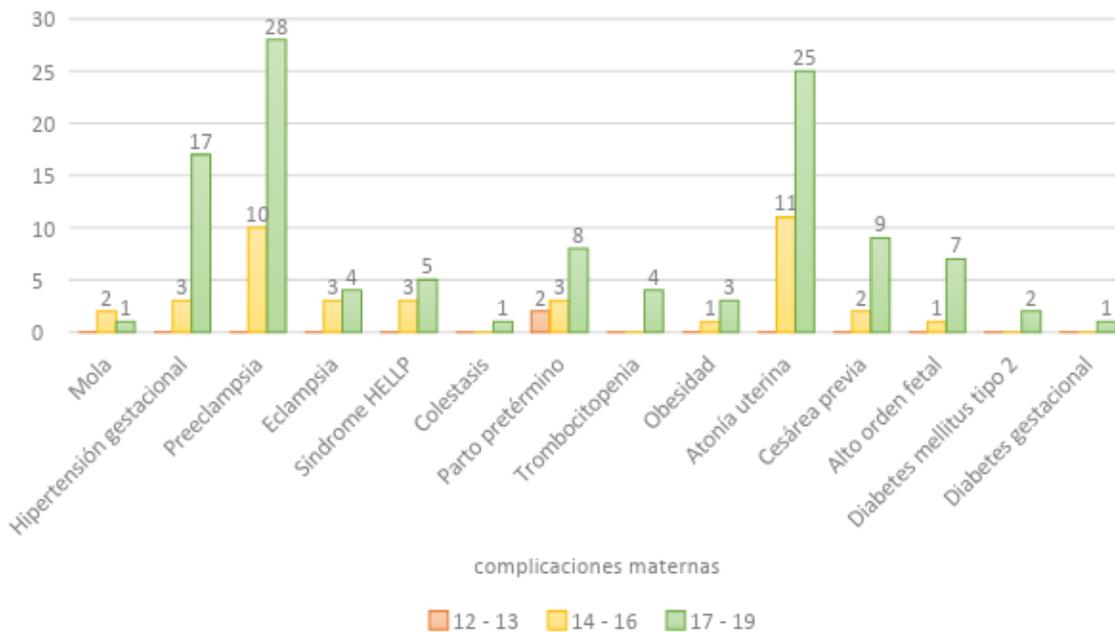
de 14 a 16 años predominó oligo/anhidramnios con el 13.2%, seguido de riesgo de pérdida del bienestar fetal con el 5.7%, taquicardia fetal y desproporción céfalo-pélvica con el 4.7% respectivamente, rotura prematura de membranas con el 3.8%, corioamnionitis y bradicardia con el 2.8% respectivamente, y por último malformación fetal con el 0.9%; para el grupo de 17 a 19 años predominó oligo/anhidramnios con el 16.7%, seguido de rotura prematura de membranas con el 7.9%, taquicardia fetal con el 7.2%, desproporción céfalo-pélvica con el 4.7%, malformación fetal y riesgo de pérdida del bienestar fetal con el 4.1% respectivamente, bradicardia con el 2.2%, corioamnionitis con el 1.6%, y por último muerte fetal con el 0.6%.

Fuente: Hospital de la Mujer, periodo julio a diciembre de 2020.

Cuadro 6: Distribución por complicaciones maternas

	Edad (Agrupada)					
	12 - 13		14 - 16		17 - 19	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mola	0	0.0%	2	1.9%	1	0.3%
Hipertensión gestacional	0	0.0%	3	2.8%	17	5.3%
Preeclampsia	0	0.0%	10	9.4%	28	8.8%
Eclampsia	0	0.0%	3	2.8%	4	1.3%
Síndrome HELLP	0	0.0%	3	2.8%	5	1.6%
Colestasis	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
Parto pretérmino	2	33.3%	3	2.8%	8	2.5%
Trombocitopenia	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%
Obesidad	0	0.0%	1	0.9%	3	0.9%
Atonía uterina	0	0.0%	11	10.4%	25	7.9%
Cesárea previa	0	0.0%	2	1.9%	9	2.8%
Alto orden fetal	0	0.0%	1	0.9%	7	2.2%
Diabetes mellitus tipo 2	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
Diabetes gestacional	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%

Gráfica 6: Distribución por complicaciones maternas



Las complicaciones maternas más sobresalientes en el grupo de 12 a 13 años fueron parto pretérmino con el 33.3%; para el grupo de 14 a 16 años predominó atonía uterina con el 10.4%, seguido de preeclampsia con el 9.4%, eclampsia, hipertensión gestacional, síndrome HELLP y parto pretérmino con el 2.8% respectivamente, mola y cesárea previa con el 1.9%, y por último obesidad y alto orden fetal con el 0.9%; para el grupo de 17 a 19 años predominó preeclampsia con el 8.8%, seguido de atonía uterina con el 7.9%, hipertensión gestacional con el 5.3%, cesárea previa con el 2.8%, parto pretérmino con el 2.5%, alto orden fetal con el 2.2%, síndrome HELLP con el 1.6%, eclampsia y trombocitopenia con el 1.3% respectivamente, obesidad con el 0.9%, diabetes mellitus tipo 2 con el 0.6%, mola, colestasis y diabetes gestacional con el 0.3% respectivamente.

Fuente: Hospital de la Mujer, periodo julio a diciembre de 2020.

DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que las complicaciones fetales más prevalentes en el grupo de 12 a 13 años fueron desproporción céfalo-pélvica con el 33.3%, para el grupo de 14 a 16 años predominó oligo/anhidramnios con el 13.2%, para el grupo de 17 a 19 años predominó oligo/anhidramnios con el 16.7%. Así mismo, las complicaciones maternas más prevalentes en el grupo de 12 a 13 años fueron parto pretérmino con el 33.3%; para el grupo de 14 a 16 años predominó atonía uterina con el 10.4%, para el grupo de 17 a 19 años predominó preeclampsia con el 8.8%.

Estos hallazgos se encuentran incluidos en diversos reportes de la literatura clínica. La evidencia sugiere que debido a la relativa inmadurez de su desarrollo fisiológico, las adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de experimentar complicaciones durante el parto. La mayor incidencia de cesárea, parto vaginal operatorio (extracción con ventosa y con fórceps) y fístulas obstétricas en adolescentes, en comparación con las mujeres mayores, sugiere un mayor riesgo de parto prolongado y obstruido en las adolescentes. Algunos estudios han demostrado que el riesgo de cesárea aumenta en el embarazo adolescente, mientras que algunos han demostrado lo contrario. ⁽³¹⁾

Además, estudios previos llevados a cabo en países industrializados, como Corea, Canadá, Eslovenia e Irán, no han revelado riesgos excesivos de preeclampsia entre adolescentes, mientras que se han reportado riesgos más altos en países en desarrollo. países, como Turquía y Zambia. ⁽³²⁾

También se ha reportado que los trastornos hipertensivos del embarazo son mayores entre las madres adolescentes; esto puede deberse al hecho de que la mayoría de las adolescentes embarazadas son de áreas rurales con falta de visitas prenatales, por lo que la mayoría presenta complicaciones tardías de trastornos hipertensivos del embarazo como la eclampsia. Esto indica que las madres adolescentes fueron menos cuidadosas con su embarazo probablemente debido a la falta de conciencia y madurez. Abbas et al., ha informado que la rotura prematura de membranas y el oligohidramnios son las enfermedades más

comunes entre las mujeres embarazadas adolescentes, mientras que la restricción del crecimiento intrauterino es la enfermedad fetal más común. ⁽³³⁾

Rexhepi et al reportó que, con respecto a los resultados neonatales, se confirmó el mayor riesgo de fetos pequeños para la edad gestacional entre los bebés de madres adolescentes. ⁽³²⁾

Lee et al encontró que el riesgo de parto prematuro en el embarazo adolescente permaneció aumentado, incluso después del ajuste por la adecuación de la atención prenatal y por el nivel socioeconómico (como el área de vivienda, el tipo de seguro, el nivel de ingresos). Desde el punto de vista biológico, el útero de tamaño relativamente pequeño y el cuello uterino corto típico de la inmadurez ginecológica en las adolescentes pueden resultar en una susceptibilidad a un mayor riesgo de parto prematuro. ⁽³⁴⁾

Abebe et al encontró que los resultados perinatales adversos revelaron que las madres adolescentes tenían 2.87 veces más probabilidades de tener un parto prematuro que las madres adultas (AOR: 2.87; IC del 95%, 1.49–5.52). La probabilidad de dar a luz a un neonato bajo peso al nacer fue más del doble en las adolescentes en comparación con las madres del grupo de edad adulta (AOR: 2.22; IC del 95%, 1.13–4.36). ⁽³⁵⁾

Andriyana et al. encontró que las complicaciones obstétricas de la madre adolescente fueron rotura prematura de membrana (27.3%), parto prematuro (20.9%), hipertensión gestacional, preeclampsia leve-grave (12.3%), infección intrauterina (10.3%), embarazo postérmino (5.7%), eclampsia (3.7%), mala presentación fetal (3.7%), distocia del parto (3.4%), VIH (0.9%) y condiloma (1.7%). ⁽³⁶⁾

CONCLUSIONES

El grupo de edad predominante fue 17 a 19 años con el 74.0%. El número de gestas más frecuente para el grupo de 12 a 13 años fue 1 gesta con el 100%; para el grupo de 14 a 16 años predominó 1 gesta con el 87.7%, para el grupo de 17 a 19 años predominó 1 gesta con el 70.4%. El número de partos predominante para el grupo de 12 a 13 años fue 0 partos con el 66.7%, para el grupo de 14 a 16 años predominó 0 partos con el 50.0%, para el grupo de 17 a 19 años predominó 0 partos con el 48.1%. El número de abortos predominante para el grupo de 12 a 13 años fue 0 abortos con el 83.3%, para el grupo de 14 a 16 años predominó 0 abortos con el 92.5%, para el grupo de 17 a 19 años predominó 0 abortos con el 89.3%. Las complicaciones fetales más prevalentes en el grupo de 12 a 13 años fueron Desproporción céfalo-pélvica con el 33.3%, para el grupo de 14 a 16 años predominó oligo/anhidramnios con el 13.2%, para el grupo de 17 a 19 años predominó oligo/anhidramnios con el 16.7%. Las complicaciones maternas más prevalentes en el grupo de 12 a 13 años fueron parto pretérmino con el 33.3%; para el grupo de 14 a 16 años predominó atonía uterina con el 10.4%, para el grupo de 17 a 19 años predominó preeclampsia con el 8.8%.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1.- Feldman F, Recouso J, et al. Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: estudio de cohorte en Uruguay. Ginecol Obstet Mex. 2019; 87(11):709-717

2.- Jiménez A, Granados J, et al. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud Publica Mex 2017; 59:11-18

3.- Bello L, Domínguez E, et al. El embarazo en las adolescentes estudiantes del cantón Manta. Dom. Cien. 2016; 2(4):40-50

4.- Guerra D, González E, et al. Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio Jaruco. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA 2015; 21(2)

5.- Kamini S, Avvaru K. Teenage Pregnancy: Maternal and Fetal Outcomes. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences 2014; 13(4):41-44

6.- Zamudio C, Silva J, et al. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. Aten Fam. 2018; 25(2):54-58

7.- Traisisilp K, Jaiprom J, et al. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2015; 41(11):1726–1731

8.- De Jesús D, González E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana 2014; 17: 98-123

9.- Díaz L, Chávez B. Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. Rev Fac Nac Salud Pública 2015; 33(2): 206-21710.- Tripathi M, Sherchan A. OUTCOME OF TEENAGE PREGNANCY. Journal of Universal College of Medical Sciences 2014; 2(6):11-14

11.- Bendezú G, Espinoza D, et al. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. 2016; 62(1):13-18

12.- Ariza N, Valderrama M, et al. Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte 2014; 42:154-163

13.- Flores M, Nava G, et al. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev. Salud Pública. 2017; 19(3):374-378

14.- Rachakonda L, Rawate S, et al. Teenage pregnancy. International Journal of Current Medical And Applied Sciences 2014; 4(2):59-63

15.- Najim T, Ghathwan K, et al. The Impact of Teenage Pregnancy on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes. International Journal of Scientific Research in Knowledge 2015; 3(4):106-113

16.- Gollapudi R, Sistla J. TEENAGE PREGNANCY: DEMOGRAPHICS, MATERNAL AND FOETAL OUTCOME. J. Evid. Based Med. Healthc. 2016; 3(68):3672-3675

17.- Velasteguí J, Hernández M, et al. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2018; 34(1):37-44

18.- Yasmin G, Kumar A, et al. Teenage Pregnancy - Its Impact on Maternal and Fetal Outcome. International Journal of Scientific Study 2014; 1(6):9-13

19.- Shaikh F, Abbas S, et al. Adverse Outcome of a Teenage Pregnancy. J Liaquat Uni Med Health Sci. 2016; 15(04):179-182

20.- Torres I, Aguilar C, et al. Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud 2015; 18(2):29-34

21.- Ortiz R, Ojalora M, et al. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 83(5):478-486

22.- Okumura J, Maticorena D, et al. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2014; 14(4):383-392

23.- Ghose S, John L. Adolescent pregnancy: an overview. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017; 6(10):4197-4203

24.- Azevedo W, Diniz M, et al. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein.* 2015; 13(4):618-626

25.- Cabañas B, Escobar J. Embarazo adolescente en un Hospital de Paraguay durante el 2011. *Horiz Med* 2016; 16(2):40-44

26.- Onoh R, Ezeonu P, et al. Outcome of Teenage Pregnancy at a Tertiary Hospital in Abakaliki Southeast Nigeria. *Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences* 2014; 3(1):22-26

27.- Lawot I, Tamrakar A, et al. Outcomes of Pregnancy among Teenage Mothers: Hospital Based Study in Western Region of Nepal. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2018; 7(2):47-51

28.- Ash A, Ogakwu P. Teenage Pregnancy: Risk Factors, Outcomes, and Possible Targets for Prevention: A Retrospective Cohort Study. *Enliven Archive* 2014; 1(1):1-9

29.- García A, Sánchez S, et al. Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Rev Hosp Jua Mex* 2017; 84(1):8-14

30.- Izaguirre A, Aguilar V, et al. Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles. *ARCHIVOS DE MEDICINA* 2016; 12(4)

31.- Papri F, Khanam Z, et al. Adolescent Pregnancy: Risk Factors, Outcome and Prevention. *Hospital Medical College Journal* 2016; 15(1):53-56

32.- Rexhepi M, Besimi F, et al. Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 2019; 7(5):760-766

33.- Abbas A, Ali S, et al. The maternal and neonatal outcomes of teenage pregnancy in a tertiary university hospital in Egypt. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology* 2017; 7(3):1

34.- Lee S, Lee S, et al. Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea A nationwide epidemiological study. *Medicine* 2016; 95:34(e4630)

35.- Abebe A, Fitie G, et al. Teenage Pregnancy and Its Adverse Obstetric and Perinatal Outcomes at Lemlem Karl Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BioMed Research International* 2020; 3124847,

36.- Andriyana H, Amelya M, et al. Outcome and Risk of Obstetric Complication in Teenage Pregnancy in Tertiary Center Hospital in Indonesia. *ASPIRE Conference Proceedings, The 6th Congress of the Asia Pacific Initiative on Reproduction, KnE Medicine* 2016; 70–75