



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE
CHIAPAS**

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD
PÚBLICA
POSGRADO EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

**Características epidemiológicas
del embarazo en adolescentes,
atendidas en el Centro de Salud
de Pijijiapan, Chiapas, México
(2015-2017)**

TESIS

Que para obtener el grado de Maestra en

Ciencias en Salud Pública

P R E S E N T A

Nitza Areli Moscoso Bertoni

Director de Tesis

Dr. Fernando Ruiz Balbuena

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México

Noviembre, 2022

Índice

Resumen	2
CAPÍTULO 1	3
CAPÍTULO 2	3
1. Planteamiento del problema.....	4
CAPÍTULO 2	6
2. Justificación.....	7
CAPÍTULO 3	8
3. Marco Teórico	9
CAPÍTULO 4	21
4. Objetivos	22
4.1 <i>Objetivo General:</i>	22
4.2 <i>Objetivos específicos:</i>	22
CAPÍTULO 5	23
5. Metodología	24
5.1 <i>Diseño del estudio</i>	24
5.2 <i>Descripción del área de estudio.</i>	24
5.3 <i>Población</i>	24
5.4 <i>Definición de las unidades de estudio</i>	25
<i>Tabla 5.1 Definición operacional y operacional de variables</i>	26
5.7 <i>Método de análisis de datos</i>	27
5.8 <i>Consideraciones éticas</i>	27
CAPITULO 6	28
6. Resultados	29
CAPITULO 7	34
7. Discusión	35

Resumen

Objetivo: Describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de las adolescentes embarazadas, con control prenatal, en el centro de salud de Pijijiapan, Chiapas; atendidas del primero de septiembre del 2015 al 31 de diciembre de 2017. **Metodología:** se trata de un estudio tipo de serie de casos que incluyó las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta de control prenatal, dentro de las edades comprendidas de 10 a 19 años durante el primero de septiembre del 2015 al 31 de diciembre del 2017, al centro de salud de la ciudad de Pijijiapan, del estado de Chiapas. Se realizó la revisión de 498 expedientes que conformaron el total de embarazadas, de los cuales 96 expedientes, pertenecían a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio, Se realizó la recolección de los datos de cada expediente, posteriormente la información obtenida se capturó en una base de datos utilizando los programas estadísticos Excel y SPSS. Para cada variable se realizó primeramente un análisis descriptivo univariado a través del cual se calcularon medidas como porcentajes, frecuencias, promedios. **Resultados:** El grupo de edad más numeroso, estuvo representado por aquellas mujeres que refirieron tener entre 15 y 19 años (94.8%), la secundaria fue el nivel de escolaridad más frecuente (53.1%), las adolescentes que vivían en unión libre representaron el 65.6%, se observó que la edad promedio de inicio de vida sexual fue de 15.6 años, y el método anticonceptivo que usaron con mayor frecuencia fue el condón masculino, 14.6%; sin embargo, fue mayor el porcentaje de adolescentes que negaron el uso de anticonceptivos (67.7%). Al obtener los antecedentes obstétricos, 27.1% del total de embarazadas tenían al menos un embarazo previo, el 55.2% inició su control prenatal en el segundo trimestre de gestación, implicó que el 67.7% acudió a 4 consultas o menos de control prenatal y más de la mitad de las puérperas no usaron anticonceptivos posterior al parto. **Conclusiones:** Con esta investigación se describe perfil clínico y epidemiológico del embarazo en las adolescentes, destacando que de las 498 embarazadas el porcentaje de adolescentes fue de 19.3% y el mayor porcentaje tenían entre 15 y 19 años, y el porcentaje de mujeres que refirieron no usar anticonceptivos fue alto (67.75%). Asimismo, más de la mitad de las adolescentes inician su control prenatal hasta el segundo trimestre.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez, entre los 10 y 19 años¹. Por lo tanto, el embarazo en la adolescente es aquel que ocurre en este grupo etario. Las adolescentes con una maternidad temprana sufren complicaciones biológicas como abortos, hemorragias obstétricas, preeclampsia, anemia, productos con bajo peso al nacer, muerte materna o perinatal.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud menciona que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15, dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Cada año, 3 millones de ellas, sufren abortos y complicaciones durante el embarazo y el parto, que son la segunda causa de muerte entre las mujeres en todo el mundo³. Lo anterior es importante en el sentido de que la tasa de fecundidad en el adolescente en 2014 fue de 49 por cada mil mujeres según informó el banco mundial, y en 2020, 41 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, la OPS publicó una tasa de fecundidad en este rango de edad de 38.65 en 2021

El embarazo en la adolescencia en el mundo, es un problema de salud pública, en México, desde hace un poco más de 40 años⁴ se ha trabajado con el programa de planificación familiar; que de alguna manera incidió en una baja en el número de embarazos en las adolescentes; sin embargo, se observó que, a partir del año 2006, el problema repuntó nuevamente⁵

En México, el porcentaje de nacimientos que correspondieron a mujeres menores de 20 años fue de 17.9%, aunque este porcentaje era bajo con respecto al número de nacimientos en madres mayores de 20 años, la mortalidad materna en la población de adolescentes se encontraba entre las primeras causas de muertes en este grupo de edad (INEGI, 2015). Es en este año que se pone en marcha la Estrategia

Nacional para la Prevención del Embarazo en adolescentes (ENAPEA). Para el 2018 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición señaló que la una proporción de 21.1 de 12 a 19 años habían iniciado su vida sexual y 26.2% de mujeres no utilizó método anticonceptivo en su primera relación sexual, en este mismo año el Sector Salud señaló que se presentó un aumento del 1% de los nacimientos con respecto al 2013 en adolescentes de 15 a 17 años y un 24% de madres entre 9 y 14 años.⁶

En este sentido en el estado de Chiapas, la situación no es muy diferente ya que, con respecto a la información sobre este tema, según el INEGI en el año 2010, el porcentaje de nacimientos en adolescente fue de 18.8% y para el año 2017 fue de 17.3%, estas cifras, hablan de una mínima reducción (0.5%).

Hablando específicamente del municipio de Pijijiapan el cual se encuentra en la región istmo costa del estado de Chiapas, el censo poblacional del 2010 registró que el grupo etario de mujeres de 10 a 14 años fue de 48.5% y de 15-19 de 49.9%. Con respecto a los nacimientos en madres de 15 a 19 años para el año 2015 fue de 20 cifra que es rebasada notablemente para el año 2017 en el que se reportaron 74.⁷ Estos datos nos dan una idea que este problema de salud pública y su magnitud en el municipio; razón que nos motiva la realización de tema, para lograr entender el problema al que nos enfrentamos, es importante tener una imagen clara que nos permita establecer los puntos importantes para esta localidad, y posteriormente implantar acciones que influyan en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

CAPÍTULO 2

JUSTIFICACIÓN

2. Justificación

El embarazo en las adolescentes, es un problema cultural complejo, La mayoría de los estudios, han abordado poblaciones de diversos contextos culturales para el estudio del embarazo en adolescentes. En el estado de Chiapas, precisamente es un estado multicultural, y los habitantes del Municipio de Pijijiapan tiene particularidades culturales, que lo diferencian con otros municipios de la entidad. En este sentido, la presente investigación nos proporcionará información que nos dará una idea clara sobre la magnitud que puede significar el embarazo en adolescentes, en esta región del estado de Chiapas.

Lo anterior permitirá que los tomadores de decisiones en el ámbito de la salud, en la entidad y en el país, estén en la posibilidad de implementar intervenciones o programas de salud ,enfocados a la atención más eficaz de este problema de salud pública, con la intención de disminuir la morbimortalidad materno-infantil, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de la atención de las adolescentes en los servicios de salud, y por lo tanto la calidad de vida de las mujeres de este grupo de edad.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

3. Marco Teórico

Al incorporar la palabra “adolescente” en nuestro estudio debemos tener claro que el concepto de adolescencia además de comprender lo biológico está construido desde lo social, por lo tanto, es un concepto que puede variar en el tiempo y el espacio, teniendo diferentes significados y significantes⁸, según el marco cultural de la población. Por lo que la consideramos una etapa crítica del desarrollo físico y psicosocial, particularmente en lo referente a la salud sexual y reproductiva.⁹ Es en esta etapa que la gran mayoría de estos adolescentes buscan sus parejas y establecen relaciones, su inmadurez y poca experiencia, además de la deficiente comunicación con sus padres, y de la tecnología actual que le da un acceso a información, la cual resulta en la mayoría de las ocasiones desinformativa, ocasionando que incurran en actividades de riesgo, así como un embarazo no deseado.¹⁰

Existen varios factores asociados con el embarazo en la adolescencia identificados en diferentes contextos; en lo social está relacionado con el rezago educativo, un nivel socioeconómico bajo, la cohabitación de la pareja o bien el inicio de vida sexual activa en edad tempranas, una mala educación sexual que no logra empoderar a la adolescente para decidir sobre su sexualidad, incluyendo en esto el conocimiento necesario del uso de métodos anticonceptivos permitiendo una buena planificación familiar, en el contexto biológico los estudios se han enfocado en las complicaciones (morbilidad y mortalidad) que conlleva un embarazo en edades tempranas, siendo la mortalidad materna la complicación con mayor trascendencia.^{2,11}

En la revisión de bibliografía pudimos encontrar varios estudios con diferentes perspectivas que catalogan el embarazo en la adolescencia como un problema de salud, socioeconómico y demográfico, por lo tanto no podemos ni debemos pensar en el embarazo en la adolescencia como un fenómeno fijo, sino contextualizado en realidades de las diferentes regiones del mundo y del mismo estado, debemos recordar que tanto nuestra población adolescente, mexicana y chiapaneca son muy heterogéneas, por lo que observamos una diversidad de comportamientos socioculturales

y características biológicas. Pudiendo encontrar con estos enfoques estudios que continúan enmarcando el embarazo durante la adolescencia como un riesgo por las complicaciones implicadas en el mismo: obstétricas (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte peri-natal, etc.),² problemas psicológicos en la madre (depresión post-parto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajo logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros)⁶. Sin embargo, otros estudios muestran variaciones según el contexto de la región y estrato social, relacionando otras condiciones previas al momento del embarazo (mala nutrición, bajo peso y talla, ausencia y/o mala calidad de control prenatal) y condiciones socioeconómicas de las adolescentes como los riesgos para la salud de la madre y del hijo, no así sería la edad de la madre consecuencia de un embarazo de riesgo¹²

En las estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa específica de fecundidad mundial entre las mujeres de 15 a 19 años es de 49 por cada mil adolescentes,¹³ según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de estas madres representan el 11% de todos los nacimientos en el mundo¹⁰

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto de la madre como para los recién nacidos. En países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años presentan 50% mayor riesgo de mortalidad perinatal o de muerte en las primeras semanas de vida, que los hijos de mujeres de 20 a 29 años.¹³ El fondo de Población de la organización de las Naciones Unidas (ONU) ha señalado que por cada mil nacimientos que ocurren en América del Sur, 74 provienen de adolescentes¹⁴

América latina y el Caribe han experimentado la disminución más lenta de la fecundidad en adolescentes de 15-19 años manteniéndose como la segunda tasa más alta del mundo, superada por África Subsahariana, con 66.5 nacimientos por 1000

adolescentes (2010-2015), además de ser la única región con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años.¹⁵

En México la Tasa Global de Fecundidad ha disminuido a lo largo de los años, en 2019 se logra alcanzar cifras por debajo de lo considerado de reemplazo poblacional (1.9)¹⁶, este panorama es contrario al embarazo en la adolescencia, donde el país se encuentra entre los primeros lugar entre los países de la OCDE, (70.6 hijas/hijos por cada mil mujeres de 15 a 19 años en 2016)¹⁷, esto mayormente por la población adolescente, fenómeno que se ve expresado cuando hablamos de un rejuvenecimiento de la curva de fecundidad, como resultado de un aumento de la tasa de fecundidad en adolescentes, en la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID 2014) se muestra la evolución de este indicador siendo para 1997 una tasa de fecundidad en adolescentes de 77 nacidos vivos por cada 1000 mujeres, en 2009 disminuye favorablemente a 69.2, sin embargo para el 2014 la tasa presenta un aumento importante con 78 por cada 1000 mujeres.¹⁸ El INEGI para el 2021 del total de nacimientos el 15.3% era de madres adolescentes, mostrando una curva que va en descenso. En el análisis de las cifras la CONAPO realizó una proyección de nacimientos para el año 2030 tendríamos 13,770 nacimientos por madres de 15 a 19 años, aunque es evidente la disminución de las cifras, esta resulta marginal para la magnitud del problema que significa el embarazo de madres adolescentes,⁷ esta disminución no acompaña la reducción de la Tasa Global de Fecundidad.

Enfocando el análisis de la fecundidad en el estado de Chiapas en 2018 pudimos observar que la tasa global de fecundidad representa las más alta del país con 2.80²⁰, y de acuerdo con los indicadores de la CONAPO la tasa de fecundidad en adolescentes (TFA) en 2018 fue de 87.17 mostrando una ligera disminución en comparación al 2014(91.47), siendo la segunda entidad con la TFA más alta del país, por debajo de Coahuila (96.46). en el informe 2020 de la GEPEA, Chiapas se destaca por ser uno de los principales estados con promedios de embarazo infantil.²¹

El Observatorio de mortalidad materna nos informa que la razón de muerte materna (RMM) para el 2016 fue de 36.7, y 10.2% eran mujeres menores de 19 años, para Chiapas la RMM fue de 58.3 presentando 12.3% muertes de menores de 19 años.²²

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en los países en desarrollo, la probabilidad de que una mujer de 15 años muera por una causa materna es 1 en 3 800 en los países desarrollados y 1 en 150 en los países en desarrollo²³. Para el México con datos del CONEVAL (2012), la tasa de mortalidad materna ha disminuido, pasando de 88.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos en 1990 a una tasa de 43 en 2011.²⁴ Sin embargo, al análisis de la mortalidad materna al igual que el embarazo en la adolescencia encontramos una brecha importante entre municipios y localidades que conforman el territorio nacional, como ejemplo, para el 2012 las mujeres que vivían en los 100 municipios de menos índice de desarrollo humano del país tenía así 5 veces más riesgo de fallecer durante la maternidad que el resto, la brecha es aún más profunda entre mujeres indígena o no indígena en estos municipios, teniendo un riesgo 3 veces más de morir^{24, 25}, cobrando gran importancia al presentarse una tasa de fecundidad mayor en mujeres indígenas (87.1) que no indígenas (69.0).¹⁷

3.1 Factores que influyen en el embarazo adolescente

3.1.1 Inicio de vida sexual activa

La definición de la sexualidad es muy extensa, se ha hecho desde diferentes enfoques, biológicos, sociales, psicológicos, etc.²⁶ en este estudio solo haremos referencia al inicio de la vida sexual activa (IVSA) como al debut sexual práctico relacionado por la penetración vaginal (coito).

En América Latina la proporción de adolescentes que tienen IVSA a edades tempranas va en aumento. México no está exento de este problema de salud pública: los estudios estiman que el IVSA en los/las adolescentes es de los 14 a los 19 años,

en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2006 se reportó que un 15% de los adolescentes ya había tenido el IVSA, en la ENSANUT del 2012 se estimó el IVSA en un 23% de los adolescentes, con esta velocidad de crecimientos y podríamos estimar que para esta año 2019 el porcentaje sea el doble del 2006 aproximadamente^{12,26} En otro estudio los adolescentes entre 10 y 19 años en la Ciudad de México la iniciación sexual fue a los 15-17años²⁶. En la encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012 realizada en 5000 jóvenes mexicanos el IVSA fue a los 17 años²⁷.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), 51.9 % de las adolescentes de 12 a 19 años con VSA mencionó que alguna vez estuvo embarazada y 10.7 % cursaba con embarazo al momento de la entrevista, es decir en la medida que se inicia una VSA se incrementa la posibilidad de un embarazo en 62.6 %.²³

El inicio temprano de las relaciones coitales se convierte en un problema de salud pública, al exponer desde edades tempranas a la población a enfermedades de transmisión sexual, embarazo en la adolescencia y otras. Las mujeres que comienzan a tener hijos a temprana edad tienden a tener más hijos al final de su vida reproductiva¹², ya que la maternidad temprana puede llevar a un segundo embarazo precoz, resultando con familias numerosas que reproducen el círculo de la pobreza. Así mismo, esto nos abre una ventana para un mayor riesgo para el maltrato, la prostitución, el alcoholismo y las drogas en nuestras adolescentes.²⁸ Claro, podemos decir de igual manera que las adolescentes que tienen una maternidad adelantada, tienen mayores probabilidades de terminar más pronto su etapa de reproducción,¹² al tener una paridad satisfecha y realizarse una salpingectomía (método de planificación familiar quirúrgico definitivo donde se realiza el corte bilateral de las trompas de Falopio)

3.1.2 Uso de método de planificación familiar

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, indica que 23% de los adolescentes que iniciaron vida sexual activa, el 14.7% de los hombres y el 33.4% de mujeres no utilizó métodos anticonceptivos.²³

Se han implementado diferentes intervenciones para la educación sexual donde se amplía y orienta sobre la sexualidad, pero no se crea conciencia de la maternidad y la prevención del embarazo en la adolescencia, además de no darse una información precisa y oportuna de la sexualidad, como ejemplo; De 2001 a 2002 se realizó la investigación *“Estrategias novedosas de prevención del embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos”*, se observó que 34 % de los adolescentes habían iniciado su vida sexual activa, aunque brindaron información y capacitación, la intervención no fue oportuna para el 34% de los adolescentes¹⁵.

En el estudio realizado a 1852 estudiantes universitarios mexicanos entre los 18 y 24 años, mencionaron no usaron condón en la primera relación sexual el 30% de los hombres y el 25% de las mujeres, al analizar el uso de métodos anticonceptivos los adolescentes mexicanos sostienen que el condón fue el más usado (84%), y las mujeres lo usaron regularmente en un 63%.²⁶

Como se ha mencionado en varios estudios y artículos la adolescencia y la sexualidad son temas muy complejos y con diferentes enfoques, por tanto, debemos buscar estrategias integrales que involucren los aspectos biológicos, sociales, culturales y de valores para una educación eficaz, de una igual manera fomentar conciencia *“la maternidad no es cuestión únicamente de las mujeres es un asunto de pareja”*¹⁵

3.1.3 Embarazo temprano y nivel de escolaridad

La permanencia escolar favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad; las adolescentes que acuden a la escuela tienen menor probabilidad de un embarazo. Así mismo podemos decir *“asistir a la escuela es uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes”*.³⁰

En México (2008), la mayoría de las madres adolescentes (más del 70%) que desercan de la escuela señalan que el embarazo ocurrió después de abandonar los estudios. De entre las mujeres que, si se encuentran estudiando al momento de

embarazarse por la primera vez, 60% desertó. Del total de estudiantes de nivel medio superior que han interrumpido sus estudios alguna vez 12% de mujeres lo hicieron debido a un embarazo o nacimiento de su hijo.³¹ por tanto las mujeres con rezago educativo tienen más probabilidades de tener antecedentes de embarazo.³⁰

En México 2011 se registró que, entre las adolescentes de estratos sociales medio y alto, 11% continuó en la escuela cuando nació su primer hijo; en estratos sociales más bajos continuaron sus estudios solo 1% de las madres adolescentes.³⁰

En México 2015, de una encuesta representativa de la población, 36.1% de los adolescentes que nunca has estado embarazadas tienen rezago educativo, y 74.9% son de aquellas adolescentes que tiene antecedente de embarazo, aumentado el porcentaje un poco más de un 100% por tanto es claro decir que las adolescentes que presentan un rezago educativo las probabilidades de presentar un embarazo en esta etapa en dos veces mayor.³⁰

En el estudio de las aspiraciones educativas y familiares como prevención de embarazos tempranos realizado en 2014 los autores comentaron que “unas de las variables exploradas con mayor magnitud en la intención de tener hijos antes de los 20 años es la percepción de que sus padres no esperan que termine la universidad”, de igual manera menciona una relación entre las aspiraciones educativas y la planificación de la maternidad después de los 20 años³¹

3.1.4 Estado civil

En término de derecho; es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. La organización Save the Children nos da a conocer que para el 2015 habían 75446 mujeres en México entre 12 y 17 años de edad han contraído matrimonio o viven en concubinato, y 42.8% de las adolescentes casadas tiene la menos un hijo, y se estima que al menos una de cada cinco mueres contrae unión conyugal antes de cumplir los 18 años.³² En el INEGI dio a conocer en marco del día de San Valentín que los adolescentes en unión libre aumentaron de un 2.5% en 1990 a 5% en 2015, y el porcentaje casados disminuyó de 4% a un 1.6%³³

En estudio de aspiraciones educativas y familiares en 2014, de las adolescentes entrevistadas el 84.9% eran solteras, y encontraron que 83.1% de las adolescentes que contaban con antecedentes de embarazo estaban o han estado unidas.³¹ En el IMSS de Guanajuato (2004) de 364 embarazadas adolescentes Su estado civil fue: casadas 85%, madres solteras 10%, unión libre 5%.¹⁰ En el Hospital de la Mujer en Distrito Federal hoy Ciudad de México (2012) tuvieron 10.2% de adolescentes embarazadas casadas, 60.6% en unión libre y 29.2% solteras.³⁵

El matrimonio y otro tipo de unión a edades temprana, citando a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, “Aumenta la vulnerabilidad de las adolescentes al propiciar el desequilibrio del poder al interior de la pareja, creando riesgo de posible violencia intrafamiliar o hacia las mujeres, así como la desigualdad de roles dentro del hogar”. Entre las consecuencias que conlleva es unión en los adolescentes, tenemos: a) crea vacíos emocionales y conflictos existenciales, b) trunca proyectos de vida, c) los problemas con la pareja son más frecuentes d) dificultad para tener una actividad económicamente productiva e) Mayor riesgo durante el embarazo y la salud de la mujer.³³

3.1.5 Ocupación

Entendiendo ocupación como sinónimo de trabajo, según El Dr. Pedro Zayas Agüero (2004) comenta: “Dentro de la terminología empleada se utilizan generalmente los términos trabajo, tareas, puestos, cargos. El empleo de uno u otro término está vinculado a las concepciones sobre la naturaleza y la estructura del trabajo. Pocos son los estudios recientes que relacionen la ocupación de la madre con el embarazo en la adolescencia o lo incluya como variable observable. En el IMSS, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato 2004 observaron que de las embarazadas adolescentes atendidas; trabajan 23% y amas de casa 77%²⁴ En el Hospital de la Mujer del Distrito Federal (2012) de sus embarazos estudiadas, 74.6% eran amas de casa, 14.8% estudiantes, 4.9% comerciantes, 5.1% se dedicaban a actividades administrativas, 0.5% auxiliar doméstica.³⁵

3.1.6 Consultas prenatales

En nuestras guías prácticas se define control prenatal a todas las acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamientos de los factores que puedan condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.³⁶

El control prenatal es importante para identificar pacientes con mayor riesgo, el principal objetivo es conseguir un embarazo de evolución normal que culmine con una madre e hijo sanos, el control debe de comenzar idealmente antes de las 10 semanas de gestación.³⁷ La OMS recomienda un modelo de control prenatal en embarazo de alto riesgo con 4 consultas prenatales. En la NOM-07-SSA-2016 se promueve un mínimo de 5 consultas iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación.³⁸

En las consultas prenatales se deben ofrecer información basada en evidencias para la toma de decisión informada respecto a sus cuidados,³⁶ se deberá identificar los signos y síntomas de urgencia obstétricas y promover que la embarazada acuda con su pareja o familiar responsable, para garantizar el apoyo durante el proceso.³⁸

Para el 2017 en Hospital "Sergio Bernes" en Lima observaron una relación de morbilidad del recién nacido y control prenatal, de 1178 recién nacidos que presentaron morbilidad al nacimiento el 18.2% recibieron menos de 6 consultas prenatales (considerado en Lima como un control prenatal inadecuado), al analizar la mortalidad de los 568 fallecimientos de recién nacidos estudiados el 87.5% presentaron un control prenatal inadecuado.³⁹ En el 2018 en un hospital de referencia de Lima de 2223 recién nacidos el 39.4% la madre recibió un control prenatal adecuado, y del total de los hijos de madres adolescentes 68.5% contaron con control inadecuado, en la relación con la morbilidad neonatal en este hospital el 92.2% tiene antecedentes de madres con un control prenatal inadecuado control, 7.8% que recibieron un control prenatal adecuado (6 o más consultas), igualmente la mortalidad neonatal expresada en porcentajes fue mayor en neonatal que recibieron atención prenatal inadecuada representado 86.7% de los fallecimientos.⁴⁰

3.1.7 Periodo intergenésico

Son múltiples de las discusiones en cuanto la definición y la duración ideal del periodo intergenésico, sin lograr un consenso en especial en el ámbito clínico, dificultado una inclusión total de los estudios sobre el tema.⁴¹ Este estudio se apegará a las recomendación y definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera periodo intergenésico como aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo a partir de la fecha de inicio de la última menstruación (FUM). El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea).⁴¹

La revista Catalyst consortium (2002) concluyó que los intervalos entre nacimientos menores de 15 meses y mayores de 68 meses están asociados con aumento en el riesgo de resultados maternos adversos, y los intervalos entre nacimientos menores de 20 meses y mayores de 68 meses están asociados con un aumento en el riesgo de resultados perinatales adversos. En el estudio realizado por Conde (2000). Las mujeres con intervalos entre embarazos de menos de 6 meses tenían mayores riesgos de muerte materna por sangrado en el tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, endometritis puerperal y anemia. En comparación con las mujeres con intervalos entre embarazos de 18 a 23 meses, las mujeres con intervalo intergenésico más de 59 meses habían aumentado significativamente los riesgos de preeclampsia y la eclampsia.⁴²

El periodo intergenésico corto (PIC) se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo.³¹ En el reporte de la Organización Mundial de la Salud mencionan que el periodo intergenésico con un intervalo de tiempo de 6 meses o menos es asociado con elevado riesgo de mortalidad materna, Un periodo intergenésico cercano a los 18 meses o menos es asociado a un elevado riesgo de muerte infantil, neonatal y perinatal y bajo peso al nacer.⁴³ El PIC también es un factor de riesgo para malformaciones neonatales, el diario de perinatología en Washington en 2012 menciona que el riesgo de éstas, es de 14% en pacientes con PIC <6 meses y un 9% de riesgo con un periodo intergenésico de 6 a 11 meses, se encontraron

reportes que menciona un aumento del doble de riesgo de ruptura uterina en pacientes con antecedente de cesárea y un PIC, En 2002 el diario americano de obstetricia y ginecología realizó un estudio buscando la relación del periodo intergenésico y la ruptura uterina; reportaron 1527 mujeres con cesárea previa, 4.8% de ellas con un periodo intergenésico menor de 12 meses presentaron ruptura uterina, 2.7% tenía un intervalo gestacional de 13 a 24 meses y 0.9% con un periodo intergenésico de 25 a 36 meses.⁴¹

De manera unánime la OMS acordó que los intervalos menores de 18 meses deben evitarse y se recomienda un intervalo optimo entre embarazos de 18 a 27 meses, recordando que a UNICEF recomienda dos años de lactancia materna, y siendo un periodo claro para los diferentes programas, se recomienda para mayor claridad en los protocolos un intervalo de 24 meses.⁴³

Un periodo intergenésico largo es aquel intervalo de tiempo igual o mayor a 60 meses, los problemas de las embarazadas con un intervalo intergenésico prolongado son similares a los que se presentan el PIC, un estudio en Lima (2013) reporta que existe mayor riesgo de presentar preeclampsia en mujeres con antecedente de un período intergenésico prolongado (mayor a 48 meses), al observar 69.2% de las mujeres con periodo intergenésico prolongado que presentaron esta patología en comparación de los controles que presentaron preeclampsia en un 38.5% (OR: 5.4, IC=95%)⁴²

3.1.8 Resolución de Embarazo

Cuando hablamos de resolución del embarazo hacemos referencia a la vía y/o técnica utilizada para el término del embarazo, mencionando parto vaginal, parto distócico y parto por cesárea.

La Norma Mexicana 07 define cesárea como la intervención quirúrgica, que tiene por objeto, extraer el feto vivo o muerto, a las 22 semanas cumplidas o más, así mismo como extraer la placenta y sus anexos, través de una incisión en la pared

abdominal y uterina.³⁸, este procedimiento es de elección cuando se presente alguna contraindicación para un parto vaginal o complicación durante el trabajo de parto.

Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La Organización Mundial de la Salud realiza una declaración (2015) en relación a tasas de cesáreas encontradas después de revisión de estudios y datos, donde concluye: 1) las cesáreas son eficaces para salvar la vida de la madre y los neonatos, solamente cuando son necesarias. 2) el porcentaje de cesáreas superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de la mortalidad materna y neonatal 3) Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades, además de la muerte.^{44, 45}

De 1436 atenciones obstétricas que se realizaron en un estudio en Colombia (1999-2005), las pacientes adolescentes menores de 15 años presentaron cesáreas en 26.8%, en el caso del grupo etario de 15 a 19 años representaron 24.4%, en el análisis del aumento del porcentajes de cesáreas realizado durante el tiempo de estudio se expuso un aumento que fue del 11.5% en 1993 a 57.9% para el 2015, terminado así con un aumento 5 veces mayor en un periodo de 12 años.⁴⁷ El hospital de especialidades “José Carrasco Arteaga” de Ecuador, tuvo una frecuencia parecida con un porcentaje de cesáreas en adolescentes de 0.4 en 2010, aumentando a 20.5% en 2015 y mostrando una ligera disminución para el 2019 (11.8%)⁴⁸

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

4. Objetivos

4.1 Objetivo General:

- Describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de las adolescentes embarazadas, con control prenatal, en el centro de salud de Pijijiapan, Chiapas; del primero de septiembre del 2015 al 31 de diciembre de 2017

4.2 Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de las embarazadas adolescentes que acudieron a consulta de control prenatal.
- Estimar la distribución porcentual según las siguientes variables: a) estado civil, b) edad, c) escolaridad d) ocupación, de las embarazadas adolescentes que acudieron a consulta de control prenatal al centro de salud de Pijijiapan en el periodo 2015-2017
- Identificar el trimestre de gestación en el que iniciaron el control prenatal las adolescentes que acudieron a solicitar atención.
- Medir el número de consultas prenatales y de puerperio que recibieron al término de su gestación las embarazadas adolescentes
- Determinar los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas
- Cuantificar la frecuencia del uso de método de planificación familiar antes y después del embarazo de las adolescentes.

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

5. Metodología

5.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo tipo serie de casos

5.2 Descripción del área de estudio.

El municipio de Pijijiapan se encuentra ubicado en la región istmo-costa del estado de Chiapas, conformado por 763 localidades donde habitan 51,193 pijijiapanecos, con una edad media de 29 años en 2020, 26,082 son mujer, de las cuales el 4.8% se encuentran entre los 10 y 14 años, y 4.2% de 15 a 19 años. El mayor porcentaje de escolaridad es primaria (37%) y un analfabetismo des 12.3%, la cobertura de salud de la población se divide en 57.7% atendida por Secretaria de Salud y 7.9% por Seguro Social, datos del Censo Económico 2019, los sectores económicos que concentraron más unidades económicas en Pijijiapan fueron Comercio al por Menor, Servicios de Alojamiento Temporal y de Preparación de Alimentos y Bebidas, e Industrias Manufactureras.

El Centro de salud de Pijijiapan brinda atención a la población de la cabecera municipal y localidades aledañas, las atenciones se proporcionan en 3 turnos; mañana, tarde y fines de semana, el centro de salud cuenta con 6 núcleos básicos, un módulo de atención de planificación familiar, un módulo materno que se encarga de la atención prenatal entre semana y fines de semana, la unidad operada con: 2 cirujanos dentistas. 18 enfermeras, 3 trabajadoras sociales, 11 administrativos, 5 auxiliares de enfermería, 1 técnico a la atención primaria de la salud, 1 técnico de laboratorio, 1 químico, 1 psicólogo y 1 nutrióloga.

5.3 Población

Se realizó la revisión de 498 expedientes que conformaron el total de embarazadas que acudieron a control prenatal, en la unidad médica ya mencionada, en el periodo de tiempo comprendido en tre el primero de septiembre 2015 al 31 de diciembre

2017; del total de expedientes se identificaron 96 expedientes que pertenecían a adolescentes consideradas como adolescente (10-19 años).

5.4 Definición de las unidades de estudio

5.4.1. Criterios de inclusión

- Gestantes ingresadas en el módulo materno con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, desde el primero de septiembre del 2015 al 31 de diciembre del 2017.
- Que residan en la cabecera municipal durante el período de estudio.

5.4.2. Criterios de Exclusión

- Gestantes que no tenían un expediente bien requisitado

5.5 Variables

En la tabla 5.1 se hace una definición conceptual y operacional, así como una descripción de cada una de las variables consideradas en el presente estudio.

Tabla 5.1 Definición operacional y operacional de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista. Etapas de la vida humana; <i>la edad adulta, la edad madura, edad escolar, edad laborar.</i>	Esta variable indica edad plasmada en el expediente, dividido en los grupos de edad que se utilizaron son: 10-14, 15-19 años	Cualitativa ordinal
Escolaridad	División de los niveles que conforma el Sistema Educativo Nacional. Estos son básicos, medio superior y superior.	Es una variable categórica que identifica nivel de estudios del último grado aprobado por las mujeres que acudieron a control prenatal. Las categorías que se presentan son Primaria o menos (menos de 7 años de escolaridad), Secundaria (de 7 a 9 años de escolaridad), Preparatoria (de 10 a 12 años de escolaridad)	Cualitativa ordinal
Ocupación	Tarea o actividad que desempeña la población ocupada en su trabajo durante la entrevista.	Actividad laboral habitual (estudiante, ama de casa, comerciante, etc)	Cualitativa nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia o parentesco, Según el registro civil; la condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal de acuerdo con las costumbres y leyes del país	Variable que evaluar la clase o condición de una persona en el orden social (casada, unión libre o soltera)	Cualitativa nominal
Número de consultas prenatales	La atención prenatal es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación y el puerperio según la NOM-07-SSA2-2016 una embarazada debe recibir un mínimo de 5 consultas.	Frecuencia de asistencia al módulo materno para el control prenatal	Cuantitativa continua
Control prenatal	El control de embarazo lo dividimos por trimestre gestacional, ya que cada etapa(trimestre) presenta incidencia de diferentes complicaciones y cambios fisiológicos en la madre y el hijo. se recomienda el inicio del control prenatal en las primeras 8 semanas del embarazo,	La gestación transcurre en 40 semanas, esta variable divide el embarazo en tres trimestres, el primer trimestre inicia en la semana 1 a las 12.6 semanas, el segundo trimestre sería de la semana 13 a 26.6, el tercer y último trimestre de la semana 27 a la 40.	Cualitativa ordinal
Resolución del embarazo	Fenómenos activos y/o pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más puede ser por vía vaginal (parto eutócico) o con la utilización de maniobras especiales (parto distócico) y por método quirúrgico por vía abdominal (cesárea), Aborto.	Variable que evalúa el procedimiento que se realiza para la terminación de un embarazo: Eutócico, Cesárea, Aborto	Cualitativa nominal

5.6 Procedimiento de recolección de datos

Se obtuvieron los expedientes de la libreta de control de ingresos del módulo materno, iniciando a partir de mes de septiembre del 2015, anterior a esta fecha se utilizaban expedientes propios del módulo materno los cuales fueron integrados al expediente familiar, por lo que solo se pudieron obtener los números de expedientes familiares en el archivo general de la unidad médica. Una vez, identificados los expedientes se revisaron 498 expedientes de embarazadas, atendidas en el periodo de tiempo ya mencionado, seleccionando a 86 expedientes de pacientes embarazadas que cumplieran con los criterios de inclusión.

5.7 Método de análisis de datos

Se realizó la recolección de los datos de cada expediente, posteriormente la información obtenida se depositó en una base de datos utilizando programas estadísticos como Excel y SPSS. Para cada variable se realizó primeramente un análisis descriptivo univariado a través del cual se calcularon medidas como porcentajes, frecuencia, promedios y desviación típica.

Posteriormente se procedió a realizar un análisis bivariante buscando posibles relaciones entre las diferentes variables

5.8 Consideraciones éticas

El estudio fue realizado con datos obtenidos de expedientes bajo resguardo de la unidad médica ya mencionada, sin la intervención directa del paciente, por lo que no se realiza consentimiento informado; sin embargo, los datos que fueron obtenidos para la creación de la base de datos serán utilizados cuidando la confidencialidad y tomando en consideración los términos planteados en la declaración de Helsinki y el código de Nurembeg. Cabe destacar, que se obtuvo la autorización de los directivos del centro de salud.

CAPITULO 6

Resultados

6. Resultados

En el Módulo Materno del Centro de Salud de Pijijiapan, en el periodo de tiempo comprendido del primero de septiembre 2015 al 31 de diciembre del 2017, se atendieron 498 pacientes embarazadas, identificando como objeto de estudio a 96 adolescentes embarazadas (19.3%).

6.1 Descripción de la población de estudios según algunas variables epidemiológicas

En la presente investigación se incluyeron un total de 96 expedientes de un mismo número de pacientes adolescentes embarazadas. El promedio de edad de las pacientes fue de 16.5 ± 1.8 años. El grupo de edad más numeroso estuvo representado por aquellas mujeres que refirieron tener entre 15 y 19 años, 91 (94.8%) y 5 de ellas, dijeron tener entre 10 y 14 (5.2%).

Con respecto al nivel de escolaridad, la mayor parte de las pacientes, refirieron tener estudios de nivel secundaria, 51(53.1%), seguido por las que tenían estudios de nivel primaria, 22 (22.9%) y preparatoria 20 (20.8%); ver tabla 6.1. Por otra parte, al revisar la ocupación de las participantes, la mayoría se dedicaba al hogar, 79 (82.3%), 15 eran estudiantes (16.6%) y 2 más realizaban otras actividades (1.1%).

Tabla 6.1 Distribución de la población según nivel de escolaridad

Escolaridad	n	%
Primaria	22	22.9
Secundaria	51	53.1
Preparatoria	20	20.8
Ninguna	3	3.1
Total	96	100.0

Asimismo, al revisar el estado civil, la mayoría de las mujeres vivían en unión libre, 63 (65.6%), 26 eran casadas (27.1%) y siete dijeron ser solteras (7.3%).

6.2 Descripción de la población de estudio según variables clínicas

A continuación, se hace un análisis de los aspectos clínicos más relevantes de las pacientes en control prenatal. Por ejemplo, la vida sexual activa de las adolescentes, en su mayoría la iniciaron entre los 15 y 17 años de edad, 59 (61.4%), 22 entre los 12 y 14 años (22.9%); ver tabla 6.2

Tabla 6.2 Inicio de la vida sexual activa de las adolescentes

Inicio de vida sexual activa (Años)	n	%
12-14	22	22.9
15-17	59	61.4
18-19	15	15.6
Total	96	100

Por otro lado, del total de las adolescentes embarazadas 65 (67.7%), no utilizaban ningún método de planificación familiar, previo al embarazo: de aquellas que los utilizaban, 14 (14.6%) dijeron optar por el uso de preservativos, nueve, inyectables hormonales (9.4%); ver tabla 6.3.

Tabla 6.3 Uso de métodos anticonceptivos previos al embarazo

Método de Planificación Familiar	n	%
Ninguno	65	67.7
Condón	14	14.6
Inyectables hormonales	9	9.4
Implante subdérmico	3	3.1
Oral	3	3.1
DIU	2	2.1
Total	96	100

Dieciocho adolescentes (18.8%) presentaban antecedentes de un embarazo previo, ocho dijeron tener una historia obstétrica con más de dos embarazos (8.3%). Por otro lado, 12 refirieron antecedentes de un parto eutócico (12.5%), y dos dijeron tener dos partos (14.3%). Además 6 adolescentes embarazadas contaban con

historia de aborto (6.3%) y con antecedentes de cesárea 12 (92.3%), por último, una adolescente con dos cesáreas previas (7.7%); ver tabla 6.4.

De las 96 adolescentes embarazadas incluidas en el estudio, 14 de ellas, tuvieron su primer embarazo entre los 10 y 14 años (14.6%) y 82 (85.4%) entre los 15 y 19 años

Tabla 6.4 Distribución de embarazadas adolescentes según antecedente G-O

Antecedentes G-O	n	%
Gestación		
Gesta 1	18	69.2
Gesta 2	7	26.9
Gesta 3	1	3.9
Total	26	100
Parto eutócico		
Parto 1	12	85.7
Parto 2	2	14.3
Total	14	100
Aborto		
Aborto 1	6	100
Total	6	100
Cesárea		
Cesárea 1	12	92.3
Cesárea 2	1	7.7
Total	13	100

G-O= gineco-obstétricos

A la revisión del tiempo transcurrido entre su parto anterior y el embarazo actual, 6 adolescentes refirieron menos de 7 meses (23.2%), 8 (30.7%) embarazadas adolescentes tenían un periodo intergenésico entre 7 y 12 meses, 8 (30.7%) con intervalo de 13 a 24 meses, 4 adolescentes dejaron transcurrir un periodo mayor de 24 meses desde su parto anterior (15.4%); ver tabla 6.5

Tabla 6.5 Distribución del periodo Intergenésico

Periodo Intergenésico	n	%
< 7 meses	6	23.1
7 a 12 meses	8	30.7
13 a 24 meses	8	30.7
>24 meses	4	15.4
Total	26	100

Con relación al inicio del control prenatal, la mayor parte de las adolescentes embarazadas ingresaron a control en el segundo trimestre del embarazo 53 (55.2%), seguidamente de 27 (28.1%) que iniciaron en el primer trimestre, y en el último trimestre ingresaron 12 embarazadas (16.7%); ver tabla 6.6

Tabla 6.6 Trimestre gestacional de la primera consulta de control prenatal

Inicio de Control Prenatal	n	%
1er trimestre	27	28.1
2do trimestre	53	55.2
3er trimestre	19	16.7
Total	96	100

Al revisar el número de consulta de control prenatal que recibieron las embarazadas, 21 (21.9%) recibieron tres consultas, 22 (22.9%), acudieron a cuatro consultas, y las cinco consultas recomendadas por la OMS fueron otorgadas a 15 adolescentes embarazadas (15.6%), 16 pacientes (16.7%) asistieron a 6 u 8 consultas, contrario o lo requerido por la norma de atención prenatal, 12 solo acudieron a una consulta de control prenatal (12.5%), 10 se presentaron a dos consultas. Con respecto a las consultas brindadas a las puérperas, 50 de ellas no recibieron atención después del parto (52.1%), 30 puérperas acudieron a una consulta de puerperio (31.7%), y se les brindaron dos consultas de control de puerperio a 16 adolescentes (16.7%); ver tabla 6.7 y tabla 6.8

Tabla 6.7 Distribución de las consultas prenatales otorgadas

Controles prenatales	n	%
consulta 1	12	12.5
consulta 2	10	10.4
consulta 3	21	21.9
consulta 4	22	22.9
consulta 5	15	15.6
consulta 6 a 8	16	16.7
Total	96	100.0

Tabla 6.8 Distribución de las consultas otorgadas durante el puerperio

Controles de puerperio	n	%
Consulta 0	50	52.1
Consulta 1	30	31.3
Consulta 2	16	16.7
Total	96	100.0

En relación al uso de métodos de planificación familiar durante el puerperio, 55 (57.3%) puérperas decidieron no usar ningún método anticonceptivo, 22 (22.9%) decidieron utilizar el implante subdérmico, a 12 (12.5%) se les aplicó inyección hormonal bimensual posterior a su evento obstétrico, tres puérperas eligieron utilizar las pastillas (3.1%), una decidió el uso del dispositivo intrauterino (1%) y una puérpera adolescente se realizó ligadura de trompas (OTB), dicha puérpera decide por método anticonceptivo permanente por paridad satisfecha, además de contar con tres cesáreas; ver tabla 6.9

Tabla 6.9 Distribución del uso de anticonceptivos posterior al evento obstétrico

Planificación familiar postevento obstétrico	n	%
Ninguno	55	57.3
Implante	22	22.9
Bimensual	12	12.5
Oral	3	3.1
Condón	2	2.1
DIU	1	1.0
OTB	1	1.0
Total	96	100.0

CAPITULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7. Discusión

Este estudio aporta información importante para fortalecer programas de salud materna y reproductiva, que busca disminuir el embarazo en los adolescentes. Recordemos que la OMS nos informa que 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, aproximadamente 1 millón son menores de 15 años³⁸. En México en el trienio 2011-2013 la tasa de embarazo adolescente era de 77.0 por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años, y en el trienio 2015-2017 fue de 70.6 nacimientos⁴⁹. El Boletín de la CONAMED menciona “De hecho, en el último año cerrado (2017), el 19.25% de los nacimientos registrados correspondieron a embarazos en mujeres menores de 19 años”⁵⁰. En nuestro estudio del total de las embarazadas que acudieron a control prenatal en el Centro de Salud de Pijijiapan, Chiapas, el 22.3% eran adolescentes con un promedio de edad de 16.5, cifra significativa en su magnitud representando casi la cuarta parte de la embarazadas en control. En un estudio realizado en el hospital de la mujer de Tlaxcala en 2013 nos muestra que el promedio de edad de las adolescentes atendidas fue similar con 16 años, estas adolescentes los representaron el 42.7% de sus embarazadas⁵¹

El rezago educativo es considerado una de las mayores vulnerabilidades de las adolescentes que puede conllevar a un embarazo en edades tempranas, al explorar la escolaridad en este estudio encontramos el 22.9% de las embarazadas con un nivel máximo de primaria, datos acordes al estudio en México (2015) que nos muestra que el 76.9% de las entrevistadas con rezago educativos ya tenían antecedentes de embarazo en la adolescencia. En el comunicado del INEGI, de acuerdo con datos de la ENADID 2018, de las adolescentes que no asisten a la escuela (1 948 142) 9% abandonó sus estudios debido a que se embarazó o tuvo un hijo Seguidamente⁴⁹, el 53.1% en nuestro estudio contaban con secundaria y el 20.8% con preparatoria, lo que reafirma, que terminar la primaria y aún secundaria no constituirían un factor protector, mostrándose esta afirmación nuevamente en el estudio realizado en Jalisco donde el 50% de las adolescentes contaban con estudios de secundaria y 31% preparatoria⁵², fenómeno que requiere de más estudios.

En México según el comunicado del INEGI del 2021, en relación con la actividad sexual, tres de cada 10 (30%) mujeres de 15 a 19 años han tenido relaciones sexuales⁴⁹, a nivel nacional, la edad mediana al inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años⁵³. En 2007 estudiantes escolarizados entrevistados en México señalaron que la edad promedio de inicio de la vida sexual con penetración en el ámbito nacional fue de 16 años (IC95%: 15,5-16,1)⁵⁴. En el hospital de Tlaxcala la edad promedio del inicio de la vida sexual fue de 14.8 años de edad⁵¹ y en este estudio en la cabecera municipal de Pijijiapan, Chiapas, el 61.5% de las adolescentes en control prenatal refirieron dar inicio de su vida sexual entre los 15 y 17 años de edad y 22.9% refirió tener su primera relación sexual de 12 a 14 años; con un promedio de edad de 15.6 años

Acerca del uso de algún método anticonceptivos entre quienes son sexualmente activas, en México el 60% de las adolescentes de 15 a 19 años emplean alguno⁴⁹. En un estudio realizado a adolescentes en un centro de salud de la Jurisdicción sanitaria de Tlalpan en el Distrito Federal (hoy Ciudad de México), 55.0% de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo, siendo el condón masculino (65.2 %), seguido de hormonales orales (13.6%)⁵⁵, aunque son estudios realizados a los adolescentes en general nos muestra un panorama de la problemática y nos puede ayudar a la orientación de nuevas acciones al conjuntar la información obtenida en nuestra investigación donde del total de las adolescentes embarazadas 65 (67.7%), no utilizaban ningún método de planificación familiar, previo al embarazo; y del total de las que utilizaban un método anticonceptivo el 45.1% dijeron utilizar el condón masculino. Esta información es similar a la que se encuentra en el estudio realizado en Jalisco, donde el 78.6% de las adolescentes refirió no utilizar ningún método anticonceptivo antes de su embarazo⁵⁶. Es de igual importancia la promoción del uso de los anticonceptivos post evento obstétrico, el cual es uno de los mayores retos que se observa en la salud materna y reproductiva, en el presente estudio, más de la mitad de las adolescentes (57.3% puérperas) decidieron no usar ningún método anticonceptivo, en este mismo entendido al comparar y analizar ENSANUT 2006 y 2012 podemos observar que 52% de las

adolescentes entrevistadas no usaron anticonceptivos posteriormente a su ultimo evento obstétrico.⁵⁷

La multiparidad se conoce como la condición de una mujer que ha tenido dos o más embarazos previos, para la OMS el mayor número de partos en menores de edad, produce que el útero vaya perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares decaen en su elasticidad y contractibilidad lo cual trae complicaciones a la madre como; partos prematuros, prolongados, además de diabetes gestacional y preeclampsia que se asocia a la multiparidad. En este sentido los antecedentes obstétricos son importante en la anamnesis de la embarazada ya que puede o no, formar parte de los factores de riesgo del embarazo, parto o puerperio de la adolescente; en este estudio 26 adolescentes (27.1%) presentaban antecedentes de al menos un embarazo previo, siendo el parto eutócico la resolución más frecuente del embarazo (53.8%). En México para el 2017 la CONAMED publica en su boletín un resultado similar, donde el 22.8% de las mujeres de 10-19 años de edad cuentan con antecedentes de embarazos previos, de los cuales el 63% se resolvieron por partos eutócicos⁵⁰. El porcentaje fue semejante en un estudio realizado en el hospital de Juárez en la Ciudad de México donde 47 adolescentes cursaban su primer embarazo y el 11 (20.3%) tenía el antecedente de un embarazo previo al actual; y con porcentaje de parto en las pacientes adolescentes de 51.2%⁵²,

Por otro lado, de las 26 adolescentes con antecedentes obstétricos en el centro de salud de Pijijiapan, Chiapas, el 23.1% de ellas tuvo un periodo intergenésico menor de 7 meses, y el 30.7% entre 7 y 12 meses y en igual porcentaje aquellas con un periodo de 13 a 24 meses, lo cual las colocó en una situación de riesgo. En 2002 el diario americano de obstetricia y ginecología realizó un estudio buscando la relación del periodo intergenésico y la ruptura uterina; reportaron 1527 mujeres con cesárea previa, 4.8% de ellas con un periodo intergenésico menor de 12 meses presentaron ruptura uterina, 2.7% tuvo un intervalo gestacional de 13 a 24 meses y sólo 0.9% uno de 25 a 36 meses.⁵⁸

Por tanto, en nuestra población estudiada de las mujeres con antecedentes obstétricos el 53.8%, más de la mitad, tuvo mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo reciente y el parto previo, por tener un periodo intergenésico corto, por debajo de los 12 meses.

En el estudio realizado en el Hospital de la Mujer del Distrito Federal (2012) a embarazadas adolescentes, 74.6% eran amas de casa, 14.8% estudiantes, 5.1% se dedicaban a actividades administrativas⁴, se encuentran algunas diferencias con los resultados del hospital de la mujer de Tlaxcala donde el 27% respectivamente son obreras y estudiantes⁵¹, mientras que en el estudio en el hospital de Jalisco 59.5% eran amas de casa, 19% estudiantes y 11.9% empleadas⁵⁶, los porcentajes obtenidos en nuestra investigación se muestran con un comportamiento parecido al del distrito federal y Jalisco, mostrando la ocupación de ama de casa como mayoría, 82.3% de las adolescentes en control prenatal se dedicaban al hogar, y 16.6% eran estudiantes.

En México la encuesta intercensal, 2015 mencionan “En México 4.7% de las menores de edad viven con su pareja. La gran mayoría de ellas, 80.9%, viven en unión libre”⁴⁷. En el Centro de Salud de Pijijiapan, Chiapas, el estado civil del 65.6% de las adolescentes embarazadas se encontraban en unión libre, 27.1% eran casadas, un 7.3% que representó a las madres solteras. Para el estudio de Jalisco el comportamiento es parecido, con 52.4% de adolescentes embarazadas en unión libre y 40.5% madres solteras⁵⁶. Vemos una distribución semejante del estado civil en el hospital de la mujer de Tlaxcala con 31% de las adolescentes como madres adolescentes solteras, 46% en unión libre⁵¹, El matrimonio civil es un contrato entre dos personas que brinda beneficios legales, federales y estatales, y la unión libre, aunque es reconocida por la ley, la protección es limitada, en muchos rubros el reconocimiento es solo a nivel estatal. El porcentaje tan elevado pudiera relacionarse con la prohibición del matrimonio en menores de edad que entró en vigor a finales del 2015, sin embargo, eso requiere un estudio diferente. Este estudio busca mostrar el panorama de las embarazadas que se encuentran con mayor vulnerabilidad, en este caso legal.

En la NOM-07-SSA-2016 se promueve que el inicio del control prenatal sea en el primer trimestre, dentro de las primeras 8 semanas de gestación.²⁸ En el centro de salud de Pijijiapan, Chiapas, 55.2% de las adolescentes dio inicio al control prenatal en el segundo trimestre gestacional, cumpliendo con lo establecido en la norma mexicana el 28.1% de las adolescentes atendidas que ingresaron a control prenatal desde el primer trimestre del embarazo. En el estudio de Tlaxcala se observó un comportamiento similar con un mayor porcentaje (48%) de adolescentes que iniciaron el control prenatal en el segundo trimestre contra solo el 14% que lo iniciaron el primer trimestre; sin embargo, podemos observar que cumplir con la norma es posible, en el hospital occidental de Jalisco 63.5% de las adolescentes refirieron que recibieron su primera consulta en el primer trimestre y solo el 3.9% en el último trimestre⁵⁹.

En conformidad a esta misma norma donde se promueve otorgar 8 consultas de control prenatal con un mínimo de 5 consultas⁴⁹, el centro de salud de Pijijiapan logró este propósito solo con el 16.7% de las adolescentes embarazadas que acudieron a 6 consultas o más, y 15.6% acudieron a 5 consultas; mientras que el 67.7% tuvo un control prenatal inadecuado. En un estudio del 2018 en un hospital de referencia de Lima, Perú en relación con la morbilidad neonatal el 92.2% tuvo antecedentes de madres con un control prenatal inadecuado, 7.8% que recibieron un control prenatal adecuado (6 o más consultas); igualmente la mortalidad neonatal expresada en porcentajes fue mayor en neonatos que recibieron atención prenatal inadecuada representado 86.7% de los fallecimientos.⁵⁸ En el hospital de occidente de Jalisco en 2015, dentro de los antecedentes obstétricos de las adolescentes que atendieron su parto, la media del total de número de consultas recibidas fue de 5,6 ($\pm 2,66$)⁵⁹

Conclusiones

Con esta investigación se describe el perfil clínico y epidemiológico del embarazo en las adolescentes, destacando que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas tenían entre 15 y 19 años y el porcentaje de mujeres que refirieron no usar anticonceptivos fue alto (67.75%). Asimismo, más de la mitad de las adolescentes inician su control prenatal hasta el segundo trimestre. Llama la atención que 22 adolescentes iniciaron su vida sexual activa entre los 12 a 14 años (23%) y que más de la mitad de las adolescentes después del parto ya no acuden a consulta para el control correspondiente.

Esta caracterización de la problemática, tiene la finalidad de proporcionar información importante, para que los tomadores de decisiones estén en la posibilidad de implementar intervenciones de salud para mejorar la calidad de la atención de las pacientes y dar la pauta para emprender nuevas investigaciones.

Referencias Bibliográficas

1. OMS, Desarrollo en la adolescencia, disponible: https://www.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Mora AM, Hernández M, Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Gineco Obstet Mex* 2015; 83:294-301.
3. INEGI, Estadística a propósito del día del niño. Comunicado de prensa 2011/10, 29 de abril de 2019 pg1/10.
4. Torres A, La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. *Perinatal reprod hum* 2000; 14: 108-114, disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2000/ip002e.pdf>.
5. SEP, Embarazos adolescentes y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven, 2012, disponible: http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/materiales/Embarazo_Adolescente.pdf.
6. Gobierno de México, Informe Ejecutivo 2019 de Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la adolescencia.
7. INEGI, Censo Poblacional y de Vivienda por municipio.
8. Quesada M.M, Romero M.C, Prieto M.E, Rodríguez C.R, Caracterización social del embarazo en la adolescencia, *archivo medico de Camagüey vol4 num3* may-jun2010, disponible: www.redalyc.org/articulo.Oa?id=211114981010.
9. UNICEF, Acelerar el proceso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto2016, Whashington D.C., EE. UU).
10. ZARKMEX." Abandono de estudios en adolescentes como factor de riesgo para embarazo". Marzo 2018.
11. Menkes C, Suárez L, Sexualidad y embarazo adolescente en México. UNAM, Instituto Nacional de Salud Pública Vol9 núm35 enero-marzo 2003.
12. Reyes, D. & Gonzales, E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente, *revista latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, ISSN 1984-6487 / n.17 - ago. 2014 - pp.98-123.

13. INEGI, Estadística a propósito del día del niño. Comunicado de prensa 2011/10, 29 de abril de 2019 pg1/10.
14. Loredo A, Vargas E Casas A, Gonzales J, Gutiérrez C, Embarazo adolescentes, sus causas y repercusiones en la diada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2017;55(2):223-9.
15. OMS, Embarazo en la adolescencia, Centro de prensa 28 de febrero 2018, disponible: https://www.who.int/es/new_room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.
16. Gayte C, Juarez F, Nuevo escenario de baja fecundidad en México a partir del informe censal. Vol. 12 Núm. 3. enero 2022.
17. INMUJERES, "Embarazo adolescente". Desigualdad en cifras, boletín N°9, septiembre 2019.
18. INEGI, la anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México, encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014, disponible: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094393.pdf.
19. INEGI, Encuesta Nacional de Dinámica demográfica ENADID 2018, principales resultados.
20. INEGI, Encuesta Nacional de Dinámica demográfica ENADID 2018, principales resultados.
21. Informe de GENEPA 2020. Chiapas, 20 de febrero 2020.
22. Luna M, Muños J, Freyermuth G, Observatorio de mortalidad materna en México. Mortalidad materna en México, Numeralia 2016, disponible: https://www.omm.org.mx/imagen/store/documentos%20grados/numeralia_2016.pdf.
23. Flores M.E, Nava G, Arena L, Embarazo en la adolescencia una región de México: un problema de salud pública. rev salud pública.19(3) disponible: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378/es>.

24. Freyermut M, Contreras M, "Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud". 2014, disponible: https://www.inegi.org.mx/rde/rde_13/doctos/rde_13_art4.pdf.
25. Freyermut M, El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos.
26. Hurtado MT, Olvera J, Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos. UNAM, revista electrónica de psicología Iztacala 2017.vol20. disponible: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num4/Vol20No4Art19.pdf>.
27. Rivera L, Leyva A, García A, Costa F, Gonzales O, De los santos M, Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años con escolarización en centro público, Gac.Sanit, 2016.
28. Gálvez F, Rodríguez B, Lugones M, Altunag M, Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Rev cubana obstet ginecal vol43. Ciudad de la Habana jul-set2017 disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003.
29. Torres p, Dilys M, Gutierrez JP, Bertozzi S, Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. Vol48 no 4 Cuernavaca jul/ago.2006.
30. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Publica Mex 2015;57:135-143.
31. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C, Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. Salud Publica Mex 2014;56:286-294.

32. AMICUS CURIAE, con motivo de la acción de inconstitucionalidad 22/2016, promovente: Comisión Estatal de Derechos Humanos de Aguascalientes, México.
33. CONAVIM, ¿Qué pasa cuando mujeres y hombres se unen o casan a temprana edad? Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. 2 de mayo de 2018. disponible: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-pasa-cuando-mujeres-y-hombres-se-unen-o-casan-a-temprana-edad-cifras-a-proposito-del-14-de-febrero>.
34. Rangel J, Valeria L, Patiño J, Garcia M, Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato. Revista de la Facultad de Medicina Número, Enero-Febrero 2004, disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>.
35. Avalos A., Pichardo M, Rosales J, González A, Contreras N, Vía de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas, disponible; <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2013/ms132a.pdf>.
36. Secretaria de Salud, Guía de Práctica Clínica Para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, Publicado por CENETEC © Copyright CENETEC “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor.
37. Aguilera S, Soothil P, Control prenatal, Vol. 25. Núm. 6. Tema central: Obstetricia y ginecología páginas 864-1049 (Noviembre 2014) disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>.
38. Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
39. Lozano O, Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el hospital Sergio Bernes enero-mayo 2016, disponible: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/944/1/Lozano%20Ventura%20Oscar%20Antonio_2017.pdf.

40. Avelino N, Control prenatal inadecuado como factor de riesgo para morbi-mortalidad neonatal en un hospital de referencia de lima act-dic 2018, disponible:
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handleUNFV2918UNFV_AVELINO_VILLON_NADIA_JANET_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdfsequence=1&isAllowed=y.
41. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature Rev. chil. obstet. ginecol. vol.83 no.1 Santiago feb. 2018, disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000100052&script=sci_arttext.
42. Centeno G, Crispin L, Período Intergenésico Prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero – marzo del 2013, Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia Lima, Perú, disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3010/Centeno_hg.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
43. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Geneva, Switzerland 13–15 June 2005, disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf?sequence=1.
44. Organización Panamericana de Salud, Las cesáreas, disponible: www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=696-boletin-informativo-sobre-cesareas&Itemid=235.
45. OMS/OPS, Declaración de la OMS sobre tasa de cesárea. 2015. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud.
46. Secretaria de Salud, Guía Práctica Clínica, reducción de frecuencia de cesáreas, evidencias y recomendaciones, disponible: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GP_C_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf.

47. Monterrosa A, Ariaz M, Parto vaginal y cesárea en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005, hospital de maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia), Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 58 No. 2 • 2007 • (108-115), disponible: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/470/515>.
48. Guamán P, Urgiles L, Bladimir E., Principales causas y características de cesárea en adolescentes en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga de Cuenca, durante los años 2010-2019. Cuenca 2020.
49. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes. Comunicado de prensa núm. 536/21 23 de septiembre de 2021, disponible: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Embarazos21.pdf.
50. Boletín CONAMED. Julio- Agosto 2019, disponible: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-7.pdf>.
51. Osorno P, Embarazo en adolescentes y riesgo de complicaciones perinatales. Revista Investigación Desarrollo y Salud Vol.03. disponible: <https://www.saludtlax.gob.mx/documentos/revista/Vol3/V03Art01.pdf>.
52. García Salgado, Sánchez Chávez, González Aldeco, Embarazo adolescente: resultados obstétricos. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(1): 8-14 disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2017/ju171c.pdf>.
53. INMUJERES, Sistema de Indicadores de Género, disponible: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Jovenes.pdf>.
54. Rivera R, Leyva L, García G, Castroa F, Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos, Gaceta Sanitaria Volumen 30, Issue 1, Enero-Febrero 2016, Paginas 24-30.
55. Sánchez M. Dávila M., Ponce R., Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Atención Familiar Volumen 22, Issue 2, April-June 2015, Pages 35-38.
56. Mejía-Mendoza M.L. Laureano Eugenio J. Jaime Alejandro Saavedra-Serrano J.A. Pereida Díaz V.E. Llamas Avelar V., Luévanos Velazquez A.

Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un centro de salud urbano de Jalisco, México. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco, disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2015/sj151g.pdf>.

57. Allen L, Villalobos H, Hernández S, Suarez L, De la vara de Castro, Schiavon E. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Salud pública Méx vol.55 supl.2 Cuernavaca 2013, disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021.
58. Pablo j, Vieitez I, López Z, Llana N, Ríos P, Diseño de plan de monitoreo y del esquema general de evaluación de la estrategia nacional para la prevención de embarazo en adolescentes. Instituto Nacional de Salud Pública. 2015.
59. Ortiz V, Bañuelos F, Serrano E, Mejía M, Laureano E. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.41 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2015, disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400002.