

Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa

Prevalence of subsequent teenage pregnancy in a second level hospital in Sinaloa

Jesús Angélica Gámez Orrantía¹
 Tania Iliana García Valdez²
 María del Sagrario Rojas Villegas³
 Perla Yareli Gutiérrez Arzapalo³
 Felipe de Jesús Peraza Garay³

1 Residente de tercer año de Pediatría en Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES).

2 Residente de tercer año de Pediatría en Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría (IMSS), Guadalajara, Jalisco.

3 Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS).

Responsable de correspondencia: Jesús Angélica Gámez Orrantía. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Residente de tercer año de Pediatría en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES). Dirección: C. de la Reforma, 355, Ley 57, CP 83100, Hermosillo, Son. Teléfono: 66 72 21 97 89. Correo electrónico: anshiegamez@gmail.com

RESUMEN

El embarazo adolescente es un problema de salud actual que en lugar de controlarse ha aumentado; además, se ha presentado una nueva problemática: el embarazo subsecuente en los adolescentes. Ante este panorama, hemos establecido como objetivo conocer la prevalencia de embarazo subsecuente en adolescentes que ingresan al área de toco-cirugía en un hospital de segundo nivel. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal en embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que ingresan al área de toco-cirugía del hospital. Fueron encuestadas 335 embarazadas adolescentes, sin importar diagnóstico. Con base en la muestra, se describieron las características sociodemográficas y clínicas. En cuestión de los neonatos, se determinó peso según su edad gestacional y la frecuencia de hospitalización. Los resultados mostraron que la prevalencia de embarazo adolescente subsecuente es de 23%; 90% se encontraba durante su adolescencia tardía; y 96% refirió embarazo no planeado. La terminación de embarazo por parto vía vaginal fue 57%. Asimismo, predominan los mismos datos en la población de embarazo adolescente. Respecto a los neonatos, predominaron los productos de término y de peso adecuado en ambos grupos. Con base en lo an-

terior, se concluyó que el embarazo adolescente representa una quinta parte de la población embarazada y más de 20% es embarazo subsecuente. Las patologías encontradas con mayor frecuencia fueron infecciones en la madre a pesar de un control prenatal adecuado y en el neonato gran peso al nacer.

Palabras clave: embarazo, adolescente, subsecuente.

Fecha de recepción: 30 junio 2022

Fecha de aceptación: 29 septiembre 2022

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a current health problem that instead of being controlled has increased and caused new problems, such as the subsequent teenage pregnancy. Therefore, our objective is know the prevalence of subsequent pregnancy in teenagers who had been in labor area in a second level hospital. The method implied a cross-sectional study in pregnant teenagers from 10 to 19 years old who had been in labor area at the Hospital. Based on a sample 335 teenagers were interviewed regardless of the diagnosis. Sociodemographic and clinical data were described. Regards to neonates, the weight according to gestational age and the frequency of hospitalizations were determined. The results shows the prevalence of subsequent teenage pregnancy is 23%, the 90% were in their late adolescence. The 96% reported a non-planned pregnancy. Vaginal delivery was 57%. The same data was predominant in the teenage pregnancy population. According to neonates there was no significant difference in fetal weight between the two groups. Thus, it concluded the adolescence pregnancy represents the 15% of the total pregnant population and more than 20% are subsequent pregnancies. Regarding to this data, the morbidity was increased with infections in mothers and higher birth weight even though they had adequate prenatal care.

Keywords: pregnancy, adolescence, subsequent.

INTRODUCCIÓN

La población del país ha evolucionado de una mayoría de niños hacia una población en edad laboral. A nivel nacional, de los 133.6 millones de habitantes se estima que casi dos de cada diez habitantes del país son jóvenes.¹ La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la etapa que engloba el periodo de 10 a 19 años de edad, y se divide como temprana: 10 a 14 años, y tardía: de 15 a 19 años.^{2,3}

El embarazo en adolescentes se produce entre el comienzo de edad fértil y el final de la adolescencia.⁴ Mientras que se entiende por embarazos subsecuentes a los embarazos consecutivos posteriores al nacimiento del primer hijo, cuando éste se presenta en mujer de entre 10 y 19 años de edad.⁵

En el mundo, 15% de los nacimientos corresponde a madres adolescentes. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México ocupa el primer lugar de embarazo adolescente.⁶ Actualmente, se ha reportado prevalencia en México de hasta 18.5% de embarazo subsecuente en adolescente,⁷ comparado con cifras reportadas por Okumura y colaboradores,⁸ de 17.2%, en Perú.

Entre los factores de riesgos reportados en la literatura mundial se encuentra la menarca precoz, con un promedio de inicio a los 11 años. A nivel nacional se han reportado que un tercio de las mujeres de 15 a 19 años han iniciado su vida sexual y de éstas, 44.9% no utilizaron método anticonceptivo en su primera relación sexual.^{4,9}

Las adolescentes embarazadas son consideradas de alto riesgo por las múltiples complicaciones para el binomio. En el estudio realizado por Villalobos y compañeros,³ se demuestra que más de 58% de la población de adolescentes embarazadas adolescentes pertenecía a un nivel socioeconómico bajo, comparado con 40% de las adolescentes nulíparas. El 75% de la población embarazada adolescente presenta un rezago educativo comparado con 36% de las adolescentes nulíparas.

Entre las principales morbilidades maternas en la adolescencia se encuentra la preeclampsia la cual se ha reportado en hasta el 20.9% de la población¹⁰, según la Organización Mundial de la Salud las adolescentes menores de 16 años tienen un riesgo cuatro veces mayor de defunción comparado con la población de mujeres de 20 a 30 años.⁷ En el artículo de Reime y colaboradores,¹¹ se reporta que el riesgo de mortalidad perinatal y neonatal es mayor en aquellas embarazadas adolescentes subsecuentes en comparación con las adolescentes nulíparas.

El embarazo adolescente es un problema de salud que genera un alto costo para las dependencias gu-

bernamentales por los riesgos que éste supone: desde abortos, infecciones y complicaciones de la terminación del embarazo que generan más días de estancia hospitalaria, uso de recursos e, incluso, seguimiento en el caso de patologías que pueden convertirse en enfermedades crónicas a tan temprana edad.

Por otra parte, es necesario encontrar factores de riesgo que genera el embarazo adolescente y la repetición de dicho evento para poder plantear propuestas que influyan para la disminución, erradicación o prevención de embarazos subsecuentes en esta población. Los objetivos de la investigación implican conocer la prevalencia de embarazo adolescente subsecuente según ingreso al área de toco-cirugía en un hospital de segundo nivel, así como establecer las características demográficas, gineco-obstétricas y complicaciones de las gestantes adolescentes y embarazadas subsecuentes adolescentes. Mientras que en relación al neonato, los objetivos son desglosar las características clínicas y la frecuencia de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, trasversal. La población diana fue conformada por embarazadas de 10 a 19 años que se encontraron ingresadas en el área de toco-cirugía del hospital, en el periodo de agosto a diciembre de 2018. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y proporción de los datos a través de medias y prevalencia para el caso de las variables categóricas. Con una muestra piloto de n=82 se estimó una proporción de 0.25 y error de estimación en 5% y se usó la fórmula Z para el tamaño de muestra de una proporción. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS, versión 23.

Todas las pacientes adolescentes embarazadas ingresadas al servicio de toco-cirugía fueron incluidas, sin importar su diagnóstico, que además aceptaran contestar la encuesta; no existieron criterios de eliminación. Los investigadores desarrollaron la encuesta a aplicar y ellos mismos fueron quienes realizaron las entrevistas e hicieron la recolección de los datos.

Con base en las variables de estudio, se dividió a las adolescentes según su etapa: en temprana de 10 a 13 años, intermedia de 14 a 16 años y tardía de 17 a 19 años. Asimismo, se clasificaron sus características sociodemográficas (estado civil, escolaridad, lugar de origen, ocupación), entre las características clínicas se añadió una variable de embarazo subsecuente en la que entraban todas las pacientes que tenían embarazo previo, contando partos, cesáreas y abortos.

Otras de las variables fue el embarazo planeado, el que se consideró como aquel en el que la paciente tuvo consumo de ácido fólico y mayor o igual a 5 consultas, y como control prenatal adecuado aquel con al

menos 5 consultas durante el embarazo.²¹ Entre las patologías que pudieron presentar se reportaron aquellas que tuvieron diagnóstico establecido y se trataron o estaban tratadas al momento de la encuesta: estados hipertensivos, diabetes gestacional, infecciones urinarias, infecciones cervicovaginales, amenaza de parto pretérmino o aborto.

Respecto al neonato, se determinó edad gestacional por método de Capurro, mientras que el peso corporal al nacer es basado en las tablas de Battaglia-Lubchenco y Jurado García. Se determinó hospitalización al ingreso al área de neonatología por cualquier patología que requiriera atención médica especializada.

RESULTADOS

Fueron incluidas 335 embarazadas adolescentes que acudieron al área de toco-cirugía del Hospital Civil de Culiacán, durante el periodo comprendido de agosto a diciembre de 2018, con una edad promedio de 17 años con una desviación de 1.34, mínima de 14 años y máxima de 19, la mayoría correspondía a adolescencia tardía de 17 a 19 años (79.7%), seguido de adolescencia intermedia de 14 a 16 años (20.3%).

La prevalencia de embarazo adolescente en el hospital es de 20.3% con IC95 (18.4-22.4), mientras que la prevalencia de embarazo adolescente subsecuente es de 23% con IC95 (18.6-27.9). En cuanto a la variable de estado civil, 73.4% de las adolescentes estaba en unión li-

bre y la minoría se encontraba casada (5.1%). Mientras en lo que respecta a la escolaridad, 171 adolescentes tenían concluida la preparatoria y sólo 14 se encontraban en licenciatura. Cerca de 85% de la población se dedicaba al hogar y 13.1% continuaba con sus estudios y nada más 1.2% de la población era empleada (cuadro 1).

El inicio de vida sexual en promedio fue de 15.58 años; la mínima a los 12 años y la máxima a los 19 años, con un inicio de mayor proporción en la adolescencia intermedia (71%). Respecto a su planeación, 77% de la población abarcada refirió un embarazo no planeado; 23% restante aseguró ser planeado, sólo 7 pacientes cumplieron los parámetros, mientras en lo que refiere al control prenatal fue inadecuado en 22.7% y 24 adolescentes no tuvieron control prenatal. Menos de la mitad se realizó una curva de tolerancia oral a la glucosa y 92% tuvo consumo de ácido fólico en algún momento del embarazo o meses antes del mismo (cuadro 2).

Durante el embarazo o terminación de éste, más de la mitad de ellas presentó en algún momento del embarazo una cervicovaginitis y 61% presentó una infección de vías urinarias; 9.3% presentó enfermedad hipertensiva del embarazo en cualquiera de sus estados; 11% tuvo una amenaza de aborto y de parto pretérmino, 4.5%. En el parto, 5% presentó atonía uterina y sólo 9 pacientes (2.7%) presentaron desgarro vaginal (cuadro 2).

El 82.7% no tenía un método de planificación previo al

Cuadro 1. Características demográficas

| Variable | | Adolescentes n=335 | Adolescentes con embarazo subsecuente n=77 |
|--------------|--------------|-----------------------|---|
| Etapa | Intermedia | 68 (20.3%) | 7 (9.1%) |
| | Tardía | 267 (79.7%) | 70 (90.9%) |
| Estado Civil | Casada | 17 (5.1%) | 2 (2.6%) |
| | Soltera | 72 (21.5%) | 11 (14.3) |
| | Unión libre | 246 (73.4%) | 64 (83.1%) |
| Escolaridad | Primaria | 28 (8.4%) | 9 (11.7%) |
| | Secundaria | 122 (36.4%) | 42 (54.6%) |
| | Preparatoria | 171 (51%) | 24 (31.2%) |
| | Universidad | 14 (4.2%) | 2 (2.6%) |
| Ocupación | Ama de casa | 282 (84.2%) | 74 (96.1%) |
| | Desempleada | 4 (1.2%) | 1 (1.3%) |
| | Empleada | 4 (1.2%) | 0 |
| | Estudiante | 44 (13.1%) | 2 (2.6%) |
| | Otro | 5 (1.5%) | 0 |
| Origen | Sinaloa | 302 (90.1%) | 72 (93.5%) |
| | Otro | 33 (9.9%) | 5 (6.5%) |

Cuadro 2. Características clínicas

| Variable | | Adolescentes n=335 | | Adolescentes con embarazo subsecuente n=77 |
|---|--------------------------------------|-----------------------|---|---|
| Inicio de vida sexual activa | Etapa temprana | 22 (6.6%) | | 7 (9.1%) |
| | Etapa intermedia | 238 (71%) | | 63 (81.9%) |
| | Etapa tardía | 75 (22.4%) | | 7 (9.1%) |
| Gestas | 1 | 258 (77%) | 2 | 64 (83.2%) |
| | ≥2 | 77 (23%) | 3 | 11 (14.3%) |
| | | | 4 | 2 (2.6%) |
| Control prenatal | Adecuado | 259 (77.3%) | | 48 (62.3%) |
| | Inadecuado | 76 (22.7%) | | 29 (37.7%) |
| Inicio de control prenatal | 1.er trimestre | 280 (83.6%) | | 60 (77.9%) |
| | 2.do trimestre | 30 (9%) | | 8 (10.4%) |
| | 3.er trimestre | 1 (0.3%) | | 0 |
| | No control | 24 (7.2%) | | 9 (11.7%) |
| Embarazo planeado | Sí | 7 (2.1%) | | 3 (3.9%) |
| | No | 328 (97.9%) | | 74 (96.1%) |
| Embarazo planeado de acuerdo a percepción de la madre | Sí | 77 (23%) | | 3 (3.9%) |
| | No | 258 (77%) | | 74 (96.1%) |
| Enfermedades asociadas al embarazo | Diabetes gestacional | 5 (1.5%) | | 1 (1.3%) |
| | Enfermedad hipertensiva del embarazo | 31 (9.3%) | | 2 (2.6%) |
| Complicaciones durante la terminación del embarazo | Atonía uterina | 16 (4.8%) | | 7 (9.1%) |
| | Desgarro vaginal | 9 (2.7%) | | 1 (1.3%) |
| Infecciones | Cervicovaginitis | 175 (52.2%) | | 35 (45.5%) |
| | Vías urinarias | 204 (60.9%) | | 41 (53.2%) |
| | Fiebre | 18 (5.4%) | | 3 (3.9%) |
| Eventos adversos | Amenaza aborto | 37 (11%) | | 7 (9.1%) |
| | Amenaza parto pretérmino | 15 (4.5%) | | 3 (3.9%) |
| Uso de métodos anticonceptivos | Anticonceptivos orales | 27 (8.1%) | | 6 (7.8%) |
| | DIU | 3 (0.9%) | | 3 (3.9%) |
| | Inyecciones | 13 (3.9%) | | 10 (13%) |
| | Parches | 5 (1.5%) | | 3 (3.9%) |

DIU: Dispositivo Intrauterino

Cuadro 3. Características de neonatos

| Variable | | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Sexo | Femenino | 146 | 47.2 |
| | Masculino | 163 | 52.8 |
| Edad gestacional | Pretérmino | 29 | 9.4 |
| | Término | 280 | 90.6 |
| Peso para la edad gestacional | PBEG | 1 | 0.3 |
| | PAEG | 253 | 75.3 |
| | PGEG | 55 | 16.4 |
| Hospitalización | Sí | 28 | 9 |

PBEG: Peso Bajo para Edad Gestacional, PAEG: Peso Adecuado para Edad Gestacional, PGEG: Peso Grande para Edad Gestacional

embarazo, pero 87.6% refirió que conocía al menos un método de planificación familiar; nueve de ellas utilizaron anticonceptivo de emergencia. La atención al parto terminó en parto para 54.3%, aborto para 7.5%, mientras que la cesárea fue de 37.6%.

En relación con los recién nacidos, 52.8% corresponden a sexo masculino; 90.6% fue producto de término; 75.3% fue producto con peso adecuado para edad gestacional; 16.4% fue producto con peso grande para edad gestacional; y sólo un neonato se reportó con peso bajo para edad gestacional. Del total de neonatos hijos de madres adolescentes, 9% se tuvo que hospitalizar en el área de neonatología (cuadro 3).

En cuanto a los embarazos subsecuentes, en la población más de 90% (n=70) se encontraba en su adolescencia tardía y su lugar de origen fue Sinaloa. Respecto a su estado civil, prevaleció la unión libre con 83% (n=64), seguido de madres solteras. Amas de casa: 96% (n= 74); estudios: 2.6% (n=2). El nivel de estudios alcanzado con mayor frecuencia fue secundaria con 54.6% (n=42), seguido por preparatoria en 31.2% (n=24) (cuadro 1).

El inicio de vida sexual con mayor frecuencia fue en la etapa intermedia con 82% (n=63); en cuanto al número de embarazo, fue más frecuente el segundo, con 83% (n=64); seguido por un tercer embarazo en el 14.3% (n=11) de los casos. Más de una tercera parte (n=29) de la embarazadas subsecuentes no tuvo un control prenatal adecuado y 12% (n=9) no tuvo control prenatal (cuadro 2).

De esta población, 96% (n=74) aseguró que su embarazo no fue planeado, a pesar de que 28% usó algún tipo método anticonceptivo previo al embarazo. Entre la población de embarazo subsecuente la enfermedad hipertensiva del embarazo fue el doble de frecuente que la presentación de diabetes gestacional (1.3%).

La complicación más frecuente fue atonía uterina con 9.1% (n=7). La presentación de infecciones en vías urinarias fue 10% más frecuente que la cervicovaginitis en esta población. Se reportó una frecuencia 2 veces mayor de amenaza de aborto que de amenaza de parto pretérmino (3.9%) (cuadro 2). Respecto a la terminación del embarazo, 57% (n=44) correspondió a parto y 15.6% (n=12) terminó en aborto.

DISCUSIÓN

El embarazo adolescente es un problema de salud pública. En el mundo, 15% de los nacimientos corresponde a madres adolescentes. México es el primer lugar mundial en esta situación. A pesar de la magnitud del problema y las múltiples labores sociales para disminuirlo, se ha encontrado un aumento de éste y sobresale que una parte importante pertenece a adolescentes con embarazo subsecuente.^{6,9,10,12}

En Sinaloa, se reporta una prevalencia de embarazo adolescente del 17%. Comparado con Ávalos Guerrero y colaboradores,¹³ quienes estudiaron la prevalencia de terminación de embarazo y reportaron una prevalencia de 13.1% de embarazo adolescente y 19% de embarazo subsecuente en adolescentes, en nuestro estudio se obtuvo una prevalencia de embarazo adolescente de 20.3%, mientras que de embarazo subsecuente se encontró 23%.

Coincidimos con lo publicado por Reyes Pablo y compañeros,¹⁰ en 2015 con una prevalencia de embarazo adolescente de 10 a 19 años de 20.6%. Por lo que nuestro estudio logra reportar una prevalencia mayor.

A nivel mundial, Okumura e investigadores⁸ en 2014, reportaron en Perú una prevalencia de embarazo subsecuente de 17.2% y una prevalencia de 23.2% de embarazo adolescente.

En cuanto a la etapa de adolescencia, en la que se pre-

senta el embarazo adolescente con mayor frecuencia, según Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ predomina la tardía (17-19 años), mientras que Okumura y colaboradores⁸ reportaron 96.7% en adolescencia tardía (15-19 años), el presente estudio reporta 79.7% en adolescencia tardía (18-19 años) y no se reportó ninguna que perteneciera a adolescencia temprana, lo cual demuestra un aumento de edad para inicio de embarazos.

En tanto, Espitaleta Carvajal¹⁴ reportó que las embarazadas subsecuentes se encuentran en su adolescencia tardía con 90% de frecuencia, porcentaje compartido con nuestro estudio.

Respecto al estado civil se concuerda con los autores citados en que lo usual es la unión libre: según Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ de 60.6%; según Mejía Mendoza e investigadores¹⁵ de 52.4%; y en nuestra población, de 73%.

En el caso particular de las embarazadas subsecuentes, el estado civil predominante es la unión libre con 83%, seguido por la soltería con 14.3%, datos relacionados con lo reportado por Espitaleta Carvajal¹⁴ con 87% en unión libre y 6% solteras.

El 50% de la población concluyó la preparatoria; este porcentaje es mayor al reportado en la literatura, donde predomina nivel de estudios hasta secundaria, como lo demostraron Okumura y colaboradores,⁸ con 85.8%, y Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ con 68%. En las adolescentes con embarazo subsecuente, la secundaria predominó con 54.6%, hecho comparado con lo reportado por Espitaleta Carvajal¹⁴ con 48%. Lo anterior pone en evidencia que las pacientes con embarazo subsecuente tienen un nivel académico inferior en comparación con las embarazadas primigestas, pero se siguen manteniendo cifras altas de embarazo adolescente.

El 84% de la población se dedica a labores en el hogar, lo cual coincide con Ávalos Guerrero y colaboradores,¹³ quienes reportaron 74.8% y sólo 13.1% continuó con sus estudios, con esto se hace hincapié en cómo el embarazo se relaciona con el abandono del estudio y la dependencia económica.^{3,16,17} Mientras que Pacheco Maldonado¹⁸ reportó que 56.5% de las adolescentes con embarazo previo trabajaba o estudiaba, lo cual contrarresta con nuestra población con sólo 4% con esta ocupación. El inicio de vida sexual en el estudio predominó en la etapa intermedia con 71%, coincidiendo con el estudio del Hospital de la Mujer de Ciudad de México,¹³ donde la moda fue a los 15 años.

El 77.3% cumplió con un control adecuado, iniciando la mayoría en el primer trimestre, sin embargo, 77% refirió un embarazo no planeado. Estos resultados coinciden con los de Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ con 73.6% de control adecuado, mientras que para el embarazo no planeado, según Mejía Mendoza e inves-

tigadores,¹⁵ alcanzó cifras de 35.7%. En las embarazadas subsecuentes tiene relevancia que más de un tercio no tuvo un control prenatal adecuado, al igual que lo reportado por Espitaleta Carvajal¹⁴ con 37%, mientras que Pacheco Maldonado reportó 58%.

Respecto a los eventos que se pueden presentar en nuestra población, la prevalencia de enfermedades hipertensivas es de 9.3%, lo cual concuerda con Okumura y compañeros⁸ con 10.5%, pero es más baja que lo reportado por Ávalos Guerrero y colaboradores de 20.9%, mientras que la prevalencia de diabetes gestacional de 1.5% concuerda con lo presentado por Ávalos Guerrero e investigadores,¹³ con un 1.4%, pero es mayor que el reportado por Okumura y compañeros⁸ de 0.2%.

A nivel de infecciones, en nuestra población, 60.9% presentó infección de vías urinarias y/o cervicovaginitis (52.2%) en algún momento de su embarazo; se presenta, así, una mayor prevalencia en comparación con Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ con infecciones de vías urinarias de 13.8% y cervicovaginitis con 11.4%. La amenaza de parto pretérmino en nuestro estudio se presentó en 4.5% de la población, datos parecidos a los presentados por Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ con 3.1%, y Okumura e investigadores,⁸ con 7.3%.

Respecto a la terminación de embarazo, 54.7% fue por parto vaginal, semejante a lo publicado por Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ con 60.3%; en la población de embarazo subsecuente esta relación no cambia, contrario a lo encontrado por Pacheco Maldonado¹⁸, donde es prevalente el parto vía abdominal con 73% en esta población.

En cuanto a los hijos de madre adolescente, el sexo fue equitativo: un ligero predominio por sexo masculino con 52.8%, al igual que se presentó en el trabajo de Ávalos Guerrero y colaboradores,¹³ con 54.6%. Del total de neonatos, la población de pretérminos fue 9.4%, más baja de lo reportado por Ávalos Guerrero y compañeros,¹³ con 12.8%, contradictorio con lo marcado en la literatura al exponerse como un riesgo mayor el ser adolescente para tener partos pretérminos.^{16,17}

Respecto a los pesos, llama la atención que en nuestra población una sexta parte de los neonatos perteneció a productos de peso grande para edad gestacional, comparado con los datos de Okumura y colaboradores,⁸ con 3.5%; nuestra cifra es mayor y fuera de lo esperado, ya que a nivel mundial el embarazo adolescente se relaciona con productos con peso bajo para edad gestacional.^{16,17,19,20}

El 9% de los neonatos se ingresó al servicio de neonatología, cifra comparada con lo reportado por Muñíos y colaboradores,¹⁶ con 5% de ingresos a UCIN de hijos de madres adolescentes. Lo cual concuerda con el riesgo aumentado de estas pacientes para riesgo de

patologías neonatales.^{16,17,19,20}

¿Es nuestra prevalencia representativa a nivel nacional? Bajo las mismas variables de estudio, dado que es un problema a nivel nacional, es factible que nuestra prevalencia sea representativa nacionalmente. Mientras que a nivel internacional, debido a la cultura, esta prevalencia puede variar según la región, además de que México ocupa el primer lugar en esta problemática.

Nuestra investigación presenta ciertas debilidades: la más importante y debido a la naturaleza transversal del trabajo, la posibilidad de un subregistro de patologías no referidas por el ginecólogo en el expediente clínico o no reconocidas por la paciente. Sin embargo, consideramos que dichas debilidades no invalidan nuestros resultados.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de embarazo subsecuente en las adolescentes fue de 23%, es decir, una quinta parte de la población atendida por embarazo. El predominio se da durante la etapa tardía de la adolescencia, coincidiendo con el mayor número de embarazos, la mayoría en unión libre, y se demuestra una baja en la necesidad social de contraer matrimonio debido al embarazo.

Un mayor nivel educativo no es indicativo de una disminución de embarazo adolescente de primera ocasión, mientras que en embarazos subsecuentes se observa una deserción escolar más temprana. La mayor parte de la población fue residente del estado, con ello se demuestra que la problemática es local y no un efecto de la migración.

A pesar de un nivel académico superior o antecedente de embarazo, el conocimiento de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos no es suficiente, ya que no se utilizan por falta de información del modo de uso y las supersticiones respecto a su uso.

En nuestro estudio fue más frecuente el peso grande para la edad gestacional que el bajo peso, por ello, se debe realizar el tamizaje de diabetes gestacional de manera adecuada en toda paciente embarazada.

El 25% de las madres refirió embarazo planeado y de éste, ninguna acudió a consulta preconcepcional. Respecto a las adolescentes con embarazo previo, nueve de cada diez no planeó el embarazo.

Es importante apoyar al adolescente en relación a la importancia de crear un proyecto de vida con el fin de mejorar la calidad y estabilidad social, así como resaltar ésta como una opción para disminuir el embarazo adolescente y sus riesgos anexos con vista a detener el círculo vicioso que resulta en consecuencias negativas.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perfil sociodemográfico de jóvenes. Censo de Población y Vivienda. México; 2010. Report No.: 978-607-739-004-6.
2. Gobierno Mexicano. Blog de gobierno mexicano. [En línea]. Mexico: Gobierno Mexicano/Secretaría de Salud. ¿Qué es la adolescencia?; 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
3. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, la Vara-Salazar D. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Publica Mex.* 2015; 57: 135-43.
4. Menéndez-Guerrero GE, Navas-Cabrera I, Hidalgo-Rodríguez Y, Espert-Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2012; 38(3): 333-42.
5. Pulido DM, Vargas-Trujillo E, Ibarra-A MC, Constanza-González M. Embarazo subsecuente en la adolescencia. Colombia: UNICEF/Universidad de los Andes; 2015.
6. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Para informar y sensibilizar sobre temas que afectan a las adolescentes en México, SCA y UNICEF se unen en una campaña nacional. Colombia; 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_34505.html
7. Instituto Nacional de las Mujeres. Gobierno de Mexico. Las Madres en Cifras; 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/es/articulos/las-madres-en-cifras>.
8. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2015; 14(4): 383-9210.1590/S1519-38292014000400008
9. Instituto Nacional de estadística y geografía (INEGI). Estadística a propósito del día de la madre. México; 2017.
10. Reyes-Pablo AE, Navarrete-Hernández E, Canún-Serrano S, Valdés-Hernández J. Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes de México (2008-2012): estratificación y priorización de municipios con alto riesgo. *Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83(12): 760-9.
11. Reime B, Schücking BA, Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BMC pregnancy and childbirth.* 2008; 8(1): 410.1186/1471-2393-8-4

12. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr.* 2015; 86(6): 436-4310.1016/j.rchipe.2015.07.005
13. Ávalos-Guerrero Á, Pichardo-Cuevas M, Rosales-Lucio J, González-Velázquez A, Contreras-Carreto NA. Vía de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas. *Rev Invest Med Sur Mex.* 2013; 20(2): 88-94.
14. Espitaleta-Carvajal AL. Comportamiento del embarazo subsecuente en adolescentes de 15-19 años de la ciudad de Montería, departamento de Córdoba, 2016. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2018.
15. Mejía-Mendoza ML, Laureano-Eugenio J, Gil-Hernández E, Ortiz-Villalobos RC, Blackaller-Ayala J, Benítez-Morales R. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015; 66(4): 242-5210.18597/rcog.291
16. Muiños SC, Medrano EY, González GC, Maldonado SR, Degollado LC. Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Perinatol Reprod Hum.* 2015; 29(2): 49-5310.1016/j.rprh.2015.01.001
17. Consejo Nacional de Población. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México: Consejo Nacional de Población; 2017.
18. Pacheco-Maldonado SL. Factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas en adolescentes de 10 a 19 años en el catón Pedro Vicente Maldonado en el año 2013. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2014.
19. Barrantes Freer A, Jiménez Rodríguez M, Rojas Mena B, Vargas García A. Embarazo y aborto en adolescentes. *Med leg Costa Rica.* 2003; 20(1): 80-102.
20. Barrera-de León JC, Higareda-Almaraz MA, Barajas-Serrano TL, Villalvazo-Alfaro M, González-Bernal C. Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes. *Gac Med Mex.* 2014; 150(s1): 62-72.
21. Social IM del S. Guía de práctica clínica. Control prenatal con atención centrada en la paciente; 2017: 5, 12. Disponible en: <http://cenetec-difusion.com/CM-GPC/IMSS-028-08/RR.pdf>