

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL INFANTIL E INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA

**“RESULTADOS PERINATALES DE PARTOS POR
VIA VAGINAL EN PACIENTES ADOLESCENTES EN
EL HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL
ESTADO DE SONORA EN PERIODO DE ENERO A
DICIEMBRE 2016”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. RICARDO YOMAR MONDRAGON SALAZAR

HERMOSILLO, SONORA, JULIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL INFANTIL E INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA

**“RESULTADOS PERINATALES DE PARTOS POR
VIA VAGINAL EN PACIENTES ADOLESCENTES EN
EL HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL
ESTADO DE SONORA EN PERIODO DE ENERO A
DICIEMBRE 2016”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. RICARDO YOMAR MONDRAGON SALAZAR

Dra. Alba Rocío Barraza León
Directora General del Hospital
Infantil e integral de la mujer
del Estado de Sonora

Dr. Homero Rendón García
Jefe del departamento de
Enseñanza, Investigación, Calidad y
Capacitación.

Dr. Felipe Arturo Méndez Velarde
Profesor Titular del curso de
Especialidad de Ginecología Y
Obstetricia.

Dra. Mercedes Rosas Coronado
Director de Tesis

HERMOSILLO, SONORA, JULIO 2017

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por cada día nuevo regalado, por estar presente en cada paso a lo largo de mi vida, llenándolo de fe; por otorgarme la bendición de mi familia, amigos y maestros que me han acompañado a lo largo de este camino.

A mis padres, Trinidad y Francisco, por brindarme desde la infancia con su educación y amor pero sobre todo con su ejemplo de sacrificio y trabajo duro, los cimientos sobre los cuales me he desarrollado en todos los aspectos de mi vida y que sin lugar a duda, sin ellos no estuviera cumpliendo esta meta tan importante.

A mi hermanos, Azeneth y Jauvert, por cuidarme, protegerme y todo ese sacrificio realizado. Por guiarme siempre y ser un ejemplo a seguir en mi vida.

A mi familia, abuelos, tíos y primos, que a pesar de la distancia y largos meses de ausencia; siempre me brindaron su apoyo, confianza y amor.

A mi asesora de tesis, Dra. Mercedes Rosas Coronado, por su apoyo siempre incondicional y su guía para el desarrollo de este estudio.

A mis maestros, tanto del HGO/HNM e HIMES, a ustedes queridos doctores gracias por la paciencia, el conocimiento compartido y tantas enseñanzas para la vida cotidiana , gracias por haber fungido como un guía en este camino tan difícil, pero satisfactorio sin lugar a dudas.

A mis amigos, gracias por permanecer a mi lado después de casi 10 años lejos de casa.

A mis compañeros residentes, por su amistad y por tantas experiencias vividas en esta etapa.

A nuestro Jefes de enseñanza Dr. Homero Rendón y Dr. Durazo Arvizu, por siempre buscar nuestro bienestar y las herramientas necesarias para nuestra formación académica y profesional.

A todo el personal del HIMES, gracias por haberse convertido en mi familiar a lo largo de estos tres años.

ÍNDICE

| | | |
|-------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| II. | RESUMEN..... | 8 |
| III. | MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| IV. | PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 27 |
| V. | HIPÓTESIS..... | 27 |
| VI. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 28 |
| VII. | JUSTIFICACIÓN..... | 29 |
| VIII. | OBJETIVOS..... | 30 |
| IX. | MARCO METODOLÓGICO | |
| | 1. TIPO DE ESTUDIO..... | 31 |
| | 2. TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 31 |
| | 3. VARIABLE DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE..... | 34 |
| | 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN..... | 34 |
| | 5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA..... | 36 |
| | 6. RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 37 |
| X. | ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS..... | 38 |

| | | |
|-------|-------------------------------------|----|
| XI. | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 47 |
| XII. | CONSIDERACIONES BIOÉTICAS..... | 49 |
| XIII. | RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS..... | 49 |
| XIV. | CRONOGRAMA..... | 50 |
| XV. | ANÉXOS..... | 51 |
| XVI. | BIBLIOGRAFÍA..... | 52 |

I. INTRODUCCIÓN

Múltiples estudios han demostrado que el embarazo en la adolescencia, esta asociado a grandes consecuencias en la salud de las adolescentes en comparación con las mujeres adultas. La prevalencia de parto pre término, bajo peso al nacer, hipertensión, preeclampsia, anemia y muerte neonatal es más alto en adolescentes comparado con pacientes de 20 a 29 años. ¹.

La adolescencia según la organización mundial de la salud, es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 19 años. ^{4,13 15,17}.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total. ^{4,13,14}

El embarazo en este periodo, representa un alto riesgo para la salud de la madre como del hijo ¹³. Acorde a la bibliografía, las adolescentes tiene un mayor riesgo de resultados perinatales adversos, tales como parto pre termino, recién nacidos con bajo peso, perdida fetal, preeclampsia, hemorragia obstétrica, aumento en el índice de cesáreas así como partos instrumentados por medio de fórceps o vacuum ^{1,2,3}. Elevándose así, las cifras de mortalidad y morbilidad maternas, y aumenta dos a tres veces la mortalidad infantil.¹³.

En nuestro país, el embarazo adolescente, representa un verdadero problema de salud pública, así como un reto en materia de prevención y educación respecto al tema, a pesar de los programas gubernamentales y los esfuerzos del sector salud por disminuir la incidencia del embarazo en adolescentes, En el año 2009, en el país se tenían 69 embarazadas adolescentes por cada mil mujeres, esta cifra siendo muy superior a la de otros países en desarrollo tales como Costa Rica, Uruguay, Chile o Perú ^{10,13}. En países desarrollados como Estados Unidos, del años 2007 al 2015 se ha observado una tendencia a la disminución del embarazo en adolescentes relacionado con el aumento en uso de métodos anticonceptivos y la mejor eficacia de los mismos ^{1,5,8}.

Aunado a las repercusiones de índole medica de las adolescentes embarazadas, tenemos también las repercusiones sociales tales como rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas, abandono del recién nacido y depresión ^{11,14,15}.

Por lo anterior es imprescindible aumentar el conocimiento en el personal de salud, de todo lo que rodea a un embarazo adolescente para así poder hacer frente a las diversas complicaciones que puedan presentarse y mejor aún aumentar los esfuerzos y mejorar la estrategia para disminuir su incidencia y así directamente disminuir la morbilidad y mortalidad de las adolescentes en nuestro país.

II. . RESUMEN.

Introducción: Múltiples estudios han demostrado que el embarazo en la adolescencia, está asociado a grandes consecuencias en la salud de las adolescentes en comparación con las mujeres adultas. La prevalencia de parto pre término, bajo peso al nacer, hipertensión, preeclampsia, anemia y muerte neonatal es más alto en adolescentes comparado con pacientes de 20 a 29 años.

Objetivo: Determinar si los partos por vía vaginal en adolescencia temprana se asocian a mayores complicaciones perinatales.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, en una serie de casos, no experimental, en 394 partos vaginales de pacientes adolescentes, dividiéndose en dos grupos en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora en un periodo comprendido del 01 de enero 2016 al 31 de diciembre 2016.

Resultados: En nuestros resultados observamos una mayor incidencia de desgarros perineales, en pacientes en adolescencia tardía del grupo B, con 17.2% para desgarros de tercer grado y de 12.1% de cuarto grado, en comparación con 10.6% y 9.1% respectivamente para el grupo de adolescencia temprana. Inclusive en el grupo B se encontraron dos casos de parto instrumentado con fórceps aunque representa solo el 1% de las complicaciones únicamente.

Conclusión: El parto vaginal en pacientes en adolescencia temprana, no se asocia a mayores complicaciones perinatales.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, parto vaginal, desgarró perineal.

III. MARCO TEÓRICO.

Adolescencia

Antes de hablar de la morbi mortalidad de las mujeres con embarazos adolescentes, es de vital importancia hablar primero de la adolescencia en sí; saber en qué consiste esta etapa donde se darán los cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos previo a la transición de la niñez a la etapa adulta.

Iniciemos entonces con la definición de adolescencia; acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva es decir se dan cambios físicos y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez.^{15,17.}

En el crecimiento de cada individuo, es rápido y puede atravesar distintas fases sin siquiera darse cuenta. Pueden distinguirse dos periodos importantes: la pubertad y la adolescencia. Si se compara la pubertad con la adolescencia se encontrará que el primer periodo hace referencia más directamente al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad, y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y en los niños por las primeras eyaculaciones.^{13.}

La adolescencia se divide en tres grupos;

La adolescencia temprana de los 10 a 14 años, coincide con el inicio de la pubertad e implica típicamente pensamientos concretos, preocupaciones e inseguridades que rodean los cambios físicos del cuerpo y un enfoque egocéntrico de la sexualidad. La curiosidad sexual y la exploración pueden conducir a iniciar la experimentación sexual con masturbación, o actividad sexual temprana con parejas sexuales del mismo sexo o del sexo opuesto.^{17, 21, 22}

La adolescencia media de los 15 a los 19 años, donde completan los cambios físicos de la pubertad y empiezan a tener relaciones más románticas típicamente caracterizadas por la monogamia en serie o tener varios compañeros a la vez y durante breves períodos de tiempo. Los adolescentes de mediana edad pueden comenzar a imaginar las consecuencias de sus acciones, pero aún no las entienden completamente y, debido a esto, participan en comportamientos riesgosos como el uso de sustancias y la actividad sexual sin protección. ^{17, 21, 22}

La adolescencia tardía de los 19 a los 24 años, donde los individuos, tienen habilidades sociales más maduras, empatía y una comprensión de los riesgos y consecuencias que les ayudan a desarrollar relaciones más íntimas y serias. Tienen una comprensión madura y disfrute de su ser físico, rol de género, orientación sexual y comportamientos sexuales. Pueden participar en una variedad de relaciones íntimas y sociales (compañeros románticos, amigos, familia, colegas profesionales) con un sentido más amplio de conexión y propósito en la comunidad. ^{17, 21, 22}

Una vez que hemos definido las características e importancia de la adolescencia, hablemos del embarazo en la adolescente

Embarazo en la Adolescencia

Se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. ^{17,4.}

El embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión, tanto física, psicológica y social de las pacientes, ya que irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. ^{17,13,15.}

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer, prematuridad, preeclampsia, cesárea, distocias, pérdida fetal, desgarros perineales en el parto. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica. ^{1,4,5,15,17.} Además de la repercusión obstétrica, cuando una adolescente queda embarazada, su presente y su futuro cambia radicalmente, y rara vez para bien. Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad ante la pobreza, la exclusión y la dependencia. ¹⁹

Repercusiones medicas del embarazo adolescente.

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos. En la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, infecciones urinarias

y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con mal nutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura de membranas, desproporción cefalopelvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado. ^{1,15,17.}

De forma global, se describe una mayor morbilidad en la gestación adolescente, para las patologías ya mencionada lo cual podría estar explicada por los siguientes factores; falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal. Existe una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual. vaginosis bacteriana, con mayor frecuencia por *Gardnerella vaginalis*, Virus de papiloma Humano. La infección de vías urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membrana, parto pretérmino. ^{2,3,17}

También hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica la cual puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia. Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados. En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso

de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de éstas pacientes. El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. El adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar y salud del neonato y con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%. Por último pero no menos importante dos factores altamente relacionados con los resultados adversos son que las pacientes adolescentes no llevan un control prenatal adecuado y la inmadurez en su desarrollo físico que puede condicionar distocias en el trabajo de parto ^{1, 3, 7 8, 17,}

Ya tenemos un panorama más claro de que el embarazo en la adolescencia está relacionado a un aumento en resultados perinatales adversos en la madre y recién nacido, pero el riesgo de estos no es el mismo para los distintos grupos de adolescentes. Hay múltiples estudios donde se han comparado los resultados perinatales en pacientes con adolescencia temprana-intermedia contra adolescencia tardía, donde se han encontrado que a menor edad mayor el riesgo de ciertas complicaciones, sin embargo la mayoría de los estudios son en pacientes mayores de 16 años ^{1,2,3.} En los estudios donde se compara los resultados perinatales en la adolescencia temprana, comparados con la intermedia, no se ha encontrado que las pacientes más jóvenes tengan mayor riesgo para tener su parto por vía cesárea o parto instrumentado lo cual es paradójico por que la bibliografía menciona que en la adolescencia temprana hay mayor riesgo de desproporción cefalo pélvica y distocias

de hombro por ejemplo; en donde sí se encontró mayor incidencia en pacientes más jóvenes ha sido en parto pre termino, bajo peso fetal al nacer,^{1,2,3}.En relación a lo anterior mencionado en un estudio de cohorte publicado en el International Journal of GO, Panicha et al, donde se comparan resultados perinatales ente pacientes menores de 16 años y mayores de 20 con más de 2000 pacientes, encontrando también una disminución en la incidencia de cesárea o parto instrumentado en la paciente de menor edad pero que esto podía explicarse por qué a menor edad mayor incidencia de parto pre termino y por ende menor peso fetal que favorecería a un parto vaginal eutócico.⁵

Repercusiones psicológicas y sociales del embarazo adolescente.

Se ha reportado que el embarazo en la adolescente está relacionado con otras conductas antisociales, como el consumo excesivo de drogas y alcohol, y los actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas de conducta de la sociedad. Con respecto al estado anímico y ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y en otros casos aparentemente vinculados con una pérdida (real o percibida) o la enfermedad crónica de un ser querido.^{15,17} Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen, en cierta medida, a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto tiene desventaja en comparación con las madres en edad adulta. En algunos estudios se ha demostrado

que las madres adolescentes tienen escaso conocimiento del desarrollo del niño, expectativas menos realistas en cuanto a la conducta infantil, actitudes más punitivas y menor sensibilidad a las necesidades del niño. Estas diferencias parecen ser menores en los primeros meses posparto y en las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia que en las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar. ^{13,14.}

La adolescente que se embaraza estando soltera se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con la depresión durante esta etapa. Entre estos factores se encuentran: el desarrollo propio de la adolescencia, que por ser un periodo lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos modifican sustancialmente la calidad y expectativas de vida. Además, el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haberse embarazado estando soltera, es posible que la adolescente experimente el rechazo de la sociedad y el de las personas más cercanas a ella. Los trastornos sociales y económicos que esto provoca, en algunos casos, propician inestabilidad emocional y sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades académicas y de vida. La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo que se vincula con sentimientos de depresión, que es especialmente notable en la adolescente soltera. También de gran relevancia es la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe, en particular de la familia de origen y la pareja. Se ha visto que el apoyo

social es capaz de reducir la vulnerabilidad a la depresión, sobre todo durante el embarazo y al comienzo de la adaptación al rol de madre. El hecho de iniciar o no una relación conyugal a raíz del embarazo es otro factor importante, debido a que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener el apoyo y la aprobación de la sociedad, ya que el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado. ^{13,14,15}

Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios. Entre más joven es la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser más drásticas. Desde una perspectiva psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras. ¹⁶

Las múltiples formas de expresión de la cultura mexicana en diferentes estratos socioeconómicos matizan de manera especial las repercusiones que el embarazo y la maternidad tienen para la adolescente. ^{10,17,19} No se puede describir un solo perfil de personalidad en la adolescente, y tampoco se encuentra una alta frecuencia de inestabilidad emocional en la adolescente embarazada se reporta que suelen poseer características psicosociales que las ponen en desventaja para confrontar los retos

implícitos de la maternidad y que, probablemente, determinarán en gran medida la forma en que ellas evolucionen después del parto. ^{15,16,}

La adolescencia, en sí, implica retos y conflictos según la cultura y el estrato sociocultural. La búsqueda de identidad, tan común entre algunas sociedades y subculturas, puede ser menor en grupos donde los modelos sociales son más definidos y las alternativas relativamente limitadas. A pesar de las posibles diferencias culturales, cabe resaltar que cuando la mujer es madre en la adolescencia, esta etapa tendrá un impacto aún más determinante en su desarrollo psicosocial posterior. Se han observado características personales de adolescentes embarazadas que distinguen a éstas de otras que no se embarazan y que utilizan anticonceptivos adecuadamente. Por lo general, después del primer embarazo se aumenta el conocimiento y el uso de anticonceptivos, pero diversas actitudes al respecto probablemente contribuyen a la eficacia o no de su utilización. ^{10,19.}

Epidemiología del embarazo adolescente

La población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad, de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo. ¹⁰

Los adolescentes en México representan el 25% de la población total, en censo de 2010 reporto una población total es de 112.3 millones de personas, 20.9 millones tienen entre 15 y 24 años, lo que representa cerca de la quinta parte del total de la población. A su vez, el número de personas que van de los 10 a los 19 años suma un total de 21.9 millones de las cuales 49.6% son mujeres. ^{6.} En 35 años la población de

mujeres en Mexico se duplico de 28.5 millones en 1974 a 54.6 millones en 2009, las mujeres adolescentes aumentaron un 40% en este periodo, 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, 70 por 1,000 nacimientos es de mujeres adolescentes. De los 15 a 19 años de edad se reportan en Mexico 400,000 nacimientos anuales que corresponde al 20%.^{6,13,15}

En el año 2009, en el país se tenían 69 embarazos por cada 1000 mujeres según ENSAUT. Esta cifra es superior a la de otros países latinoamericanos como Costa Rica, Uruguay, Chile o Peru. En Perú existen 52 embarazos adolescentes por cada 1000 embarazos, España 12 por 1000, China 9 por 1000, Alemania 7 por 1000. ¹⁰

Estado de Mexico, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla son las entidades con mayor número de adolescentes en condiciones de maternidad.⁶

INEGI reporta 1 de cada 6 nacimientos acontece a jóvenes de 15 a 19 años.

Según la OMS 90% de los embarazos no planeados en jóvenes se manifiestan en países en desarrollo, de los cuales 38% sucede en Latinoamérica en grupos sociales que viven en pobreza extrema, la desigualdad y la inequidad de género.⁶

La tasa de natalidad adolescente en los Estados Unidos disminuyó continuamente entre 1991 y 2005. Aunque aumentó de forma transitoria entre 2005 y 2007, disminuyó a mínimos históricos entre 2007 y 2015, en gran medida relacionados con el aumento del uso de anticonceptivos y el aumento del uso de métodos altamente eficaces de anticoncepción. En 2015, las tasas de natalidad entre los adolescentes

de 10 a 14 años y 15 a 19 años fueron de 0,2 y 22,3 por 1000, respectivamente. La tasa general de natalidad de los adolescentes de 15 a 19 años de edad disminuyó en un 8 por ciento entre 2014 y 2015; 9 por ciento para los 15 a 17 años de edad y 7 por ciento para los 18 a 19 años de edad. Los adolescentes con síntomas de salud mental o enfermedad mental importante (por ejemplo, depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos psicóticos) parecen estar en mayor riesgo de embarazo.^{1,2,5}

Aproximadamente el 10 por ciento de todas las mujeres de 15 a 19 años, y el 19 por ciento de las que tienen relaciones sexuales, quedan embarazadas. La mayoría de los embarazos entre los adolescentes no son intencionales. Entre las mujeres de 15 a 19 años con embarazos no deseados que resultaron en nacimientos vivos entre 2004 y 2008, el 50 por ciento no utilizó ningún método anticonceptivo antes del embarazo (24 por ciento porque su pareja no quería usar anticonceptivos), el 31 por ciento creían que no podían quedar embarazadas en ese momento, el 13 por ciento tenía problemas para obtener anticonceptivos y el 22 por ciento no les importaba si quedaban embarazadas. Los datos de vigilancia de 2007-2010 indican que casi uno de cada cinco nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años en los Estados Unidos de edad fueron los nacimientos repetidos.^{1,11,12.}

A pesar de la disminución de la fertilidad en general, la tasa de embarazos en el grupo de adolescentes permanece estable, lo que se traduce en aumento relativo del porcentaje de mujeres embarazadas menores de 20 años de edad. La tercera parte

de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país son en mujeres menores de 24 años y 13% a menores de 19 años.

La tasa más baja del embarazo adolescente, las tienen los países europeos, de los cuales el que presenta mayor incidencia es Reino Unido, con 26 embarazos por cada mil habitantes y el de menor incidencia son los Países Bajos con 4 por cada mil habitantes, donde la educación sobre sexualidad se imparte desde la primaria.¹⁰

Según la Organización Mundial de la Salud; si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre adolescentes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.^{3,14,, 6}

Cada año a nivel mundial, 16 millones de mujeres adolescentes (15 a 19 años) presentan su primer parto, principalmente en países de ingresos bajos y medianos (95%), mientras que cerca de tres millones se someten a abortos, muchos de ellos de forma clandestina. ^{3,14,, 6}

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los partos por vía vaginal, atendidos en el Hospital Integral de la mujer del Estado de Sonora en el periodo de Enero 2016 a Diciembre 2016 en mujeres en adolescencia temprana se asocian a mayores complicaciones perinatales?

V. HIPÓTESIS

Las pacientes embarazadas en adolescencia temprana, se asocian a mayores complicaciones durante un parto por vía vaginal que en aquellas en adolescencia intermedia, en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, se brinda atención a gran parte de la población femenina de nuestra ciudad y norte del estado,

representando un porcentaje de ellas las pacientes con embarazo adolescente, las cuales representan el grupo etario más expuesto a resultados perinatales adversos tanto para la madre como para el recién nacido. 17,1,3.

En nuestro hospital nos enfrentamos cada día a una gran cantidad de pacientes con embarazo adolescentes, y toma constante de decisiones en cuanto el manejo obstétrico sin tener en nuestra unidad una estadística que nos oriente a que complicaciones son más comunes y que grupo de edad es más afectado para de esta forma dirigir nuestras estrategias a esos grupos vulnerables y disminuir la morbi mortalidad de nuestras pacientes.

VII. JUSTIFICACIÓN.

En nuestro servicio, un gran porcentaje de nuestras pacientes son adolescentes y esto representa un reto en el abordaje diagnóstico y terapéutico de las usuarias; ya que como hemos revisado anteriormente se trata de una población con mayor riesgo de complicaciones. No contamos con estudios que nos hable de las complicaciones derivadas de un parto vaginal en este grupo de edad, por eso la importancia de realizar esta investigación determinar las principales complicaciones que se presentan en las pacientes de este grupo de edad y así encaminar nuestro manejo para evitar que se presenten.

Por otra parte es importante determinar si a menor edad de la paciente, más complicaciones durante el parto se presentan, ya que por lo regular en la práctica diaria se asume que las pacientes en adolescencia temprana un parto vía vaginal representa un riesgo importante para nuestras paciente por falta de desarrollo óseo de la pelvis que puede derivar en partos

distócicos y se toman decisiones basadas en esto aumentando el índice de cesáreas exponiendo a un mayor riesgo a las pacientes; por eso determinaremos si realmente las pacientes a menor edad tienen mayores complicaciones de un parto vaginal y así justificar nuestras decisiones para otorgar una mejor atención, disminuir complicaciones perinatales y mejorar la evolución clínica de nuestras pacientes.

VIII. OBJETIVOS.

OBEJTIVO GENERAL:

- Comparar los resultados perinatales, en partos vaginales de pacientes en adolescencia temprana e intermedia.

OBEJTIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la principal causa de morbilidad perinatal en pacientes en adolescencia temprana e intermedia del Hospital Infantil del Estado de Sonora, de embarazos a término.
- Determinar cual es la vía de nacimiento más común en las pacientes adolescentes.

IX. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio.

Se trata de un estudio transversal, analítico, retrospectivo, de cohorte

2. Tamaño de la muestra

Se examinarán expedientes clínicos del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora de pacientes adolescentes de 10 a 15 años, a las que se les brindó atención del parto entre las semanas 38/0 a 42 semanas de gestación en el periodo de enero 2016 a diciembre del 2016 y se compara con pacientes adolescentes de 16 a 19 años en el mismo periodo de tiempo. En este periodo se atendieron 2,876 partos de los cuales 2270 fueron por vía vaginal y 606 por cesárea. Debido a que en este periodo tenemos una población finita, para sacar el tamaño mínimo de muestra utilizamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

En donde:

- N: es el total de población, nuestro universo de estudio (2270 expedientes)
- Z_{α}^2 : 1.96 al cuadrado (que corresponde a una seguridad o confianza probabilística del 95%)
- p: proporción esperada, cuando se desconoce la proporción en una población de estudio se utiliza el valor del 50 %, Teniendo como valor de p:
- q: es igual a $1 - p$ (en este caso es de 70 %, o un valor de 0.7)

- d: Corresponde al margen de error permitido, en nuestro estudio corresponde al 5%, con un valor de 0.05

Utilizando la fórmula, se necesita una revisión de 329 expedientes, para tener una confianza probabilística del 95%, con un margen de error del 5%.

3. Criterios de Inclusión

- Embarazo único, de edad gestacional confiable por amenorrea tipo 1 o por ultrasonido
- Mujeres adolescentes
- Haber tenido atención del parto en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora posterior a las 37.6 semanas de gestación
- Pacientes sin complicaciones médicas conocidas, tales como diabetes, hipertensión, etc.

4. Criterios de exclusión.

- Embarazo múltiple
- Mujeres con comorbilidades que influyan en la vía de atención del parto y que tengan relación con aumento de complicaciones durante un parto vaginal tales como diabetes gestacional, diabetes mellitus (1 y 2), hipertensión, enfermedad hipertensiva inducida en el embarazo, placenta previa, , fractura lumbar o pélvica, miomatosis, , infección por VIH, Condilomatosis vulvar, oligohidramnios, ya que en estos casos la vía de nacimiento será por vía abdominal.
- Detección de malformación neonatal *in utero*, como por ejemplo gastrosquisis, hidrocefalia, onfalocele, mielo meningocele, hidronefrosis o cualquier condición fetal ya que en estos casos el nacimiento puede estar indicado antes de las 38 semanas de gestación o y en la mayoría por cesárea electiva.
- Pacientes con productos macrosómicos.

5. Criterios de eliminación.

- Expediente incompleto

6. Instrumentos de medida.

A cada una de las variables establecidas, se adapta un instrumento de medición documental, los cuales ya se encuentran descritos en la literatura. A continuación se describe cada una de las variables:

| Variable | Definición | Indicador | Escala de medición |
|-------------------------|--|--|-----------------------------------|
| Edad Gestacional | Semanas de gestación cumplidas al presentarse el nacimiento sacado por fecha de última menstruación y/o ultrasonidos menor de las 20 semanas de gestación | 1. 37 6/7 a 42 6/7 | Cuantitativa Ordinaria Dicotómica |
| Morbilidad materna | Estado de alteración en la evolución normal del las pacientes. Definido también como la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado | 1. Hemorragia obstetrica 2. Parto instrumentado 3. Desgarro perineal 4. Corioamnioitis. | Cualitativa Nominal |
| | | 1. | |
| Sexo | conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos | 1. Masculino 2. Femenino | Cualitativa Nominal Dicotómica |
| Peso fetal | Es la medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre un cuerpo determinado | 1. Menor 2,500 2. 2,500- 3,000grs 3. 3,001-3,500grs. 4. 3,501-4,000grs | Cuantitativa Continua |
| Edad Materna | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo | 1. 10 a 14 2. 15 a 19 | Cuantitativa Continua |
| APGAR del recién nacido | Test de evaluación clínica del recién nacido, donde 10 es el máximo puntaje. | 1. APGAR > 7 (normal) 2. APGAR > 7 Anormal. | Cuantitativa continua. |

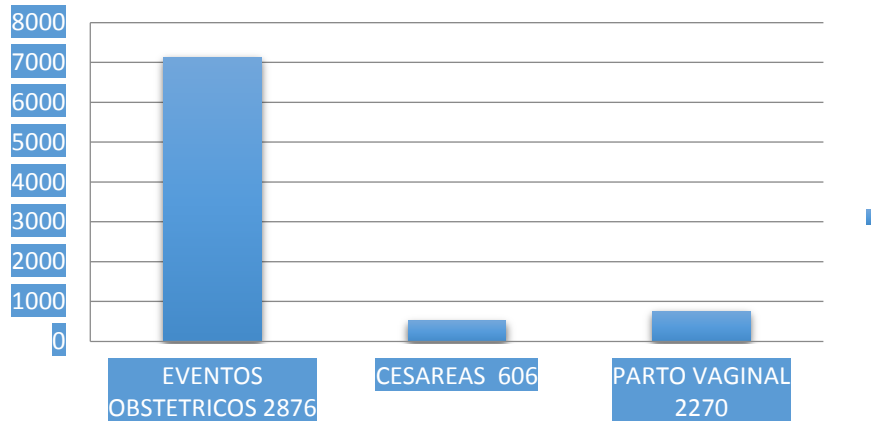
7. Recolección de datos

X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS

El presente estudio realizado en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, durante el periodo establecido, consistió en comparar los resultados perinatales adversos, en los partos vía vaginal de las pacientes adolescentes de nuestra unidad, dividiéndolo en dos grupos pacientes de 10 a 15 años y de 16 a 19 años, para determinar qué población es de mayor riesgo.

Acorde a la cifras del Archivo Clínico del HIMES, durante enero a diciembre del 2016, se atendieron a nuestra unidad un total de 7124 nacimientos, correspondiendo 2876 nacimientos en pacientes adolescentes representando el 40,3%. De los cuales 2270 se atendieron por vía vaginal y 606 por vía cesárea.

Gráfica 1. EVENTOS OBSTETRICOS EN ADOLESCENTES ENE-DIC 2016



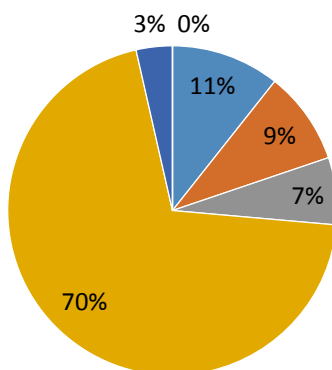
Se analizaron un total de 494 expedientes con parto vaginal que cumplieron con los criterios previamente mencionados, dividiéndolos en dos grupos de 10 a 15 años (A) y de 16 a 19 años (B), cada grupo con 197 expedientes donde se obtuvieron los siguientes resultados.

Complicaciones perinatales tanto en grupo A como grupo B;

De las 197 pacientes del grupo A, un total de 138 transcurrieron sin complicación alguna (70%), y del 30% restante la complicación más frecuente fue el desgarro perineal grado III en 21 pacientes (10.6%), siguiéndole desgarro perineal de grado IV con un 9.1% en relación a 18 casos; posteriormente hemorragia obstétrica con 13 casos que corresponde al 6.5%. En cuanto a un APGAR menor a 7 en los recién nacido se presentó en 7 casos que corresponde al (3.5%).

Gráfica 2. COMPLICACIONES PERINATALES GRUPO A

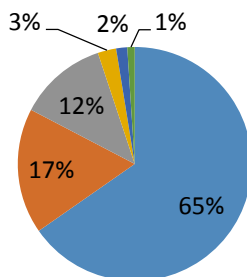
■ DESGARRO PERINEAL GRADO III 21 ■ DESGARRO PERINEAL GRADO IV 18
 ■ HEMORRAGIA OBSTETRICA 13 ■ SIN COMPLICACIONES
 ■ APRGAR BAJO 7 ■



En cuanto al grupo B, un total de 128 pacientes cursaron sin complicaciones (64.6%). Dentro de las que presentaron complicaciones, la principal fue desgarros perineales grado III, con 34 casos (17.2%), posteriormente, desgarro perineal grado IV 24 casos (12.1%), APGAR bajo con 5 casos (2.5%). Hemorragia obstétrica con 3 casos (1.5%), y en último lugar parto distócico con uso de fórceps 2 casos (1 %) y corioamnioitis en una paciente con el (0.50 %).

Gráfica 3.COMPLICACIONES PERINATALES GRUPO B

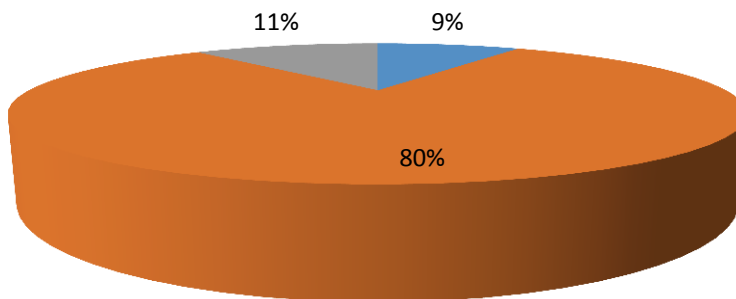
- PACIENTE SIN COMPLICACIONES
- DESGARRO GRADO III
- DESGARRO GRADO IV
- APGAR BAJO
- HEMORRAGIA OBSTETRICA
- FORCEPS



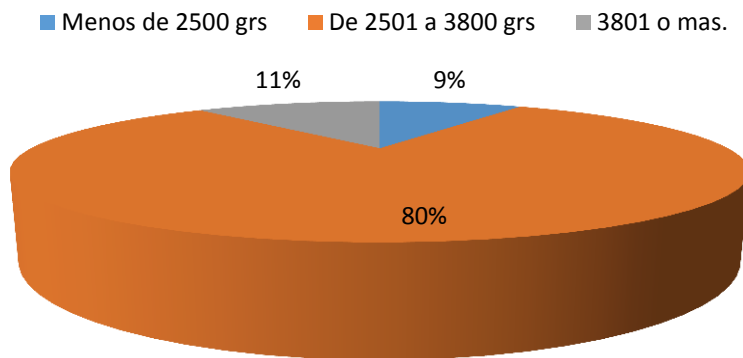
También se registró el peso de los recién nacidos, clasificándolos en tres grupos de la siguiente forma;

Gráfica 4.PESO AL NACER RECIEN NACIDOS GRUPO A

- Menos de 2500 grs
- De 2501 a 3800 grs
- 3801 o mas.

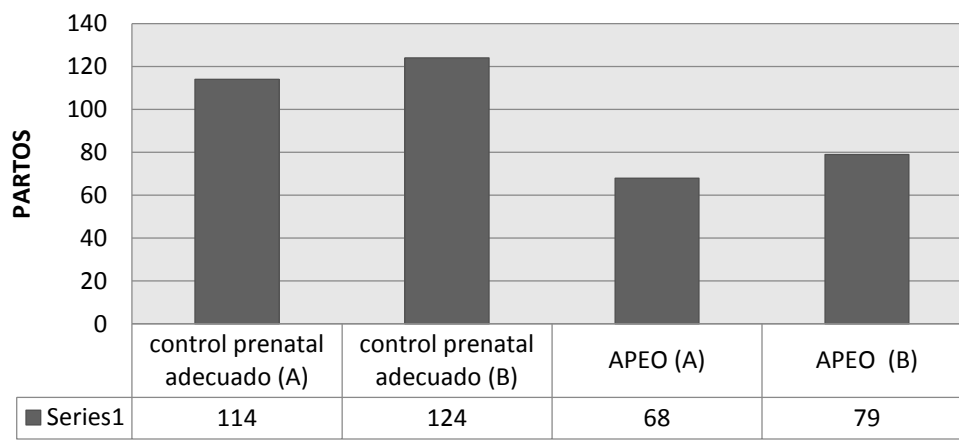


Gráfica 5. PESO AL NACER RECIEN NACIDOS GRUPO B



En cuanto al control prenatal y el uso de anticonceptivo posterior a evento obstétrico se obtuvieron las siguientes cifras.

Gráfica 6. CONTROL PRENATAL Y ANTICONCEPCION POS EVENTO OBSTETRICO EN AMBOS GRUPOS



Donde se evidencia un mejor control prenatal en las pacientes de grupo B con un 62% de control prenatal adecuado contra un 57% del grupo A. De igual forma en cuanto al uso de anticonceptivo, es mayor en el grupo B con un 40% contra un 34.5% del grupo A.

Discusión. A pesar de que predomina en los servicios de gineco obstetricia, la creencia que a menor edad materna, mayor incidencia de complicaciones, en este estudio observamos; que prácticamente no hay diferencia e inclusive el grupo de adolescencia temprana hay un menor número de complicaciones ya que en el grupo A 70% de pacientes no presentaron complicaciones, en comparación con 64.6%.

A pesar de que muchas veces se considera que la pelvis ósea de la paciente en adolescencia temprana es inmadura o no apta para aun trabajo de parto; en nuestros resultados observamos una mayor incidencia de desgarros perineales, en pacientes en adolescencia tardía del grupo B, con 17.2% para desgarros de tercer grado y de 12.1% de cuarto grado, en comparación con 10.6% y 9.1% respectivamente para el grupo de adolescencia temprana. Inclusive en el grupo B se encontraron dos casos de parto instrumentado con fórceps aunque representa solo el 1% de las complicaciones únicamente.

En cuanto al APGAR bajo en los recién nacidos ambos grupos prácticamente sin diferencia grupo A con 3.5% y B con 2.5% , por lo que en nuestro estudio no se corrobora la relación entre baja edad materna y APGAR bajo.

La única complicación en que se presentó más en las pacientes de menor edad fue la hemorragia, con 6.5% comparado con un 1.5% del grupo B.

Todo lo anterior no difiere de lo encontrado en la bibliografía consultada, por ejemplo el estudio mas representativo Labor and Deelivery Outcomes among Youn Adolesncets de la AJOG, (1), donde las pacientes en adolescencia temprana tiene menor riesgo de parto distócico. Lo único en lo que difiere de nuestra investigación es que en nuestras pacientes no se asoció la menor edad materna a bajo peso la nacer ni APGAR bajo.

XI. CONCLUSIÓN.

Sin lugar a dudas, las pacientes adolescentes representan una población de riesgo por las complicaciones a las que están expuestas. Y aún más representan un reto en cuando a la toma de decisiones obstétricas, sobre todo en cuanto a la via de nacimiento ya que por años se ha argumentado que el parto vaginal aumentaría el riesgo de complicaciones materno fetales; sin embargo en nuestro estudio y en la bibliografía cada vez encontramos más investigaciones que contradicen dicha corriente, encontrando que no hay aumento del riesgo o inclusive hay menos

incidencia de complicaciones derivadas de un parto vaginal en pacientes en adolescencia temprana. Sin lugar a dudas se debe de individualizar cada caso, y realizar una adecuada valoración obstétrica de las pacientes pero, basados en este y otros estudios fundamentar de forma adecuada nuestras decisiones, e inclusive informar a paciente y familiares de las ventajas que ofrece un parto vaginal y que la edad no aumentaría el riesgo de complicaciones derivadas del mismo, y con esto se podría disminuir el índice de cesáreas y evitar exponer a mayores riesgos a nuestras pacientes.

XII. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente proyecto estuvo apegado a los principios emanados de la 18a Asamblea Médica de Helsinki, Finlandia en 1964 y de las modificaciones hechas por la propia asamblea en Tokio, Japón en 1975 en donde se contempla la investigación médica. Así como a la Ley General de Salud en materia de Investigación Científica. Por ser un estudio de revisión de expedientes se consideró una investigación sin riesgo por lo cual no requirió de carta de consentimiento bajo información, de acuerdo a los artículos 17 a 23 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

No existe conflicto de interés

XIII. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

XIV. Personal de archivo HIES-HIMES, investigador y asesores. Se realizara la recolección de datos una vez se obtenga la cedula de recolección en base a objetivos.

XV. Al tratarse de un estudio retrospectivo y análisis únicamente de expedientes no genera costo económico para la realización del mismo.

XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

XVII. Julio 2016: generación de pregunta de investigación e hipótesis:

XVIII. Agosto 2016: Revisión de literatura y formación de marco teórico:

XIX. Septiembre 2016 a Enero 2016: Recolección de Datos

XX. Febrero a Marzo 2017: Análisis de datos estadísticos

XXI. Abril 2017: Corrección y afinación de detalles

XXII. Mayo 2017: Termino de estudio y resultados.

XXIII. ANEXOS

Anexo 1: Ejemplo de tabla en formato Excel de recolección de datos de expedientes materno

| Datos del Paciente | | | | Peso fetal | | | | Complicacion. | | | | | | | Cotrol prenatal | | | | |
|--------------------|------|------|-----------|----------------|-----------------|--|---------------|--------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------|----------|----------------------|--|----------|------------|------|
| Paciente | Edad | Sexo | primipara | menor 2500 grs | 2501 a 3799 grs | | 3800 gr o mas | atencion no medica | Desgarro III grado | Desgarro IV grado | Hemorragia obstetrica | forceps | corioamniotitis | APGAR <7 | otras complicaciones | | adecuado | iradecuado | APEO |
| 28 | 16 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 19 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 18 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | 18 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 19 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | 17 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | 17 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | 18 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | 19 | f | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | |

Donde se obtenían la edad, peso del recién nacido, complicaciones del parto y APGAR del recién nacido, así como si la paciente llevaba o no un adecuado control prenatal y si uso método de planificación familiar después del evento obstétrico.

XXIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Ana J. Torvie, MD; Lisa S. Callegari, MD MPH; Mellisa A. Schiff, MD, MPH, Katherine E. Debiec, MD. Labor And Delevry Outcomes among youn Adolescents. AJOG. 2015; 213:95
2. Mustafa Kaplanoglu, Capan Konca et al Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. Women and birth, Elsevier Australia.2015;18:119-123
3. Tetsuya Kawakita MD, Et al, Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. FIGIJ.2016; 29:130-136.
4. Portal de la Organización Mundial de la Salud. www.who.int. Actualización sept 2014 información sobre embarazo en la adolescencia.

5. P. Chantrapanichkul, S. Chawanpaiboon /Adverse Pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120 (2013) 160 –164.
6. Portal en línea del Instituto Nacional de estadística y geografía. www.INEGI.org.mx/Estadistica/diagonal/hogaresyviviendas.
7. S.C Wang, L Wang, Mc Lee et al. Adolescent Mothers and older mothers: Whos is at Higer Risk for adverse birth outcomes. *Royal society of public health /Elsevier*. 2012;126:1038-1043.
8. A. Shrim et al. Is Young Maternal Age Really a Risk Factor For Adverse Pregnancy Outcomes In a Canadian Tertiary Referral hospital. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.2011;24: 218 -222
9. H.M. Salihu et al . Younger Maternal Age and recurrent perinatal mortality. /*European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2011;154: 31–36
10. Alicia Xochitl Olvera Rosas, Embarazo adolescente y madres Jovenes En Mexico: Una Vision desde Promajoven. Secretaria de educación Publica. Primera edición. 2012:17-58.
11. Heidi K Leftwich et al. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin N Am*. 2017;64: 381–388.

12. Jennifer L. Katz et al. Cesarean Delivery in adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016;29:443-447
13. Ana Maria Mora Cancino y cols. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex 2015;83: 294-301.
14. R.S. Siegel, A.R. Brandon, Adolescents, pregnancy and mental health. / J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27 :138-150
15. J Guadalupe Panduro Barón y cols. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704.
16. Lauren F. Damle et al. Early Initiation of postpartum contraception, Does it decrease rapid repeat Pregnancy in adolescents?. J Pediatr Adolesc Gynecol .2015;28: 57- 62
17. Maria Gabriela Ulanowicz, Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – 2006:100-140
18. Leo Han MD et al. Preventing repeat pregnancy in adolescents: is immediate postpartum insertion of the contraceptive implant cost effective? AJOG. 2014; 2:20-35

19. Dra. Nancy Williamson y cols. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. UNFPA(fondo de población de las naciones unidas). Estado de la población mundial 2013.

20. N. Seince. E t al. Embarazo y parto en adolescentes. (www.emc.com) EMC elvesevier,2008:16.

| | |
|--------------------------------|--|
| 1. Datos del Alumno | Ricardo Yomar Mondragon Salazar |
| Autor | Dr. Ricardo Yomar Mondragon Salazar |
| Teléfono | 6441140587 |
| Universidad | Universidad Nacional Autónoma de México |
| Facultad | Facultad de Medicina |
| Número de Cuenta | 514216027 |
| 2. Datos del Director de tesis | Dra. Mercedes Rosas Coronado. |
| 3. Datos de la Tesis | |
| Título | Resultados perinatales de partos por vía vaginal en pacientes adolescentes en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora de enero a diciembre 2016. |
| Número de Páginas | 41 páginas |