



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Análisis de las Diferencias en la Complejidad y/o
Complicaciones Obstétricas en Relación al Parto
Adolescente**

D^a Karen Lissette Aguilar Duarte

2020

**Análisis de las diferencias en la complejidad y/o complicaciones
obstétricas en relación al parto adolescente**

Karen Lissette Aguilar Duarte

Datos académicos:

Programa: Doctorado en Ciencias de la Salud

Línea de Investigación: Materno Fetal

Tutor: Dr. Aníbal Nieto Díaz

Director: Dr. Aníbal Nieto Díaz

Co director: Dr. José Luis Albarracín Navarro

Agradecimientos

A mi familia, mi punto de partida y mi fuerza. Gracias por todo el sacrificio y la entrega. Por permitirme hacer lo que me encanta, por ayudarme, apoyarme y formar parte de todos mis proyectos. Por darme la oportunidad de desarrollarme plenamente como profesional, por soportar mis ausencias y por su amor.

A mis padres. Por toda la paciencia, esfuerzo, amor y dedicación con la que cada día se preocupan por mí, gracias por animarme, valorarme y enseñarme a no darme por vencida. Por ser los principales promotores de mis sueños. Gracias por confiar y creer en mí y en mis expectativas. Gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, en las que su compañía y la llegada de sus cafés eran para mí como agua en el desierto. Gracias a mi padre por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida. Gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron. Gracias por enseñarme a no rendirme, porque “un perico donde quiera es verde” y un Aguilar puede con todo y, si cae, se levanta y continua. A mis hermanos, por su apoyo incondicional, y siempre estar ahí, en los momentos precisos.

A mi esposo y compañero, la mayor motivación en mi vida. Por ser el ingrediente perfecto para poder alcanzar esta dichosa y merecida victoria, una más, porque nunca has dudado de mi capacidad, por ser mi complemento, mi alivio, mi apoyo. A ti debo haber culminado esta tesis con éxito. Por preocuparte por mí en cada momento, cuidarme, apoyarme y no dejarme sucumbir ante ninguna adversidad. Sé que siempre digo esta es la última cosa en la que trabajo que, por supuesto, no crees y estarás ahí conmigo en la siguiente aventura.

A mis hijos. A mi hijo, por ser el motor de mi alma, ese motor siempre en marcha, dispuesto a escucharme, a entenderme y a darme consejo. Te agradezco tu ayuda y tantos aportes, no solo para el desarrollo de esta tesis, sino también para mi vida. A mi hija, la luz de mis ojos, mi motivación, mi pequeñita, gracias por darme energía, algún día te darás cuenta de todo lo que has hecho por mí.

A esos ángeles que he ido encontrando en el camino y que han contribuido al desarrollo de esta tesis. No ha sido nada fácil, pero lo que sí puedo decir es que durante todo este tiempo pude disfrutar de cada momento, en la investigación y el contacto con las pacientes. Me he llenado de golpes de realidad e historias.

A mis compañeras/amigas que siempre estuvieron ahí. La vida me ha demostrado que todo lo que das de alguna forma vuelve a ti mejorando los resultados. Una buena y sincera amistad, que se inició por una investigación y que ahora solo crece.

A mi Tutor. Por cada detalle y momento dedicado, por aclarar mi mente y ordenar mis ideas, por resolver cualquier tipo de duda. Agradecerle la caridad y exactitud con la que enseñó cada tema y pieza de este puzle que me parecía interminable. Por todas las enseñanzas.

A mis directores por todo el apoyo y ayuda prestado durante el proceso de recolección y análisis de datos, así como sus aportes e ideas al desarrollo de esta tesis.

Gracias a todas las personas que fueron participes de este proceso, al gerente del Hospital Rafael Méndez, a la división médica, al departamento de calidad, al

departamento de trabajo social, secretarías, principalmente la de ginecología, a enfermería, a todos mis compañeros que de alguna forma contribuyeron y ayudaron a que cada objetivo se cumpliera, a la Jefatura de laboratorio clínico, al departamento de anatomía patológica, al centro de salud de Santa Rosa y todo su personal, a matronas, en fin, a todo el personal que contribuyó de manera directa o indirecta a la culminación de esta tesis doctoral.

Especial agradecimiento a los doctores José Joaquín Mira, Alfonso Blázquez, Julio Merino, Daniel Campoy, María González Jiménez; a las auxiliares de enfermería María Caridad Pallarés Ruiz, María Luisa Martínez Mesas, Isabel Pilar García Andreo, María Ángeles Hernández Fernández, María José Cortijos Paredes y María Soledad Mazuecos Reche.

A Carmen Raigal López por aportar su granito de arena.

A Sonsoles Echavarren Roselló por sus revisiones finales del texto.

A la Sección de Apoyo Estadístico (SAE), al Área Científica y de Investigación (ACTI), Universidad de Murcia, Francisco Ibáñez López e Irene Hernández Martínez.

A todos los que de una u otra forma colaboraron y ayudaron para poder dar forma a esta tesis.

Gracias

Índice

	Pág.
Glosario	1
Acrónimos	10
1. Introducción	12
1.1. Definición de adolescencia	14
1.2. Descripción poblacional	14
1.3. Marco legal del adolescente	16
1.3.1. Relaciones sexuales y matrimonio	17
1.4. Adolescencia y economía	18
1.5. Escolaridad	22
1.6. Salud en la adolescencia	23
1.6.1. Situación de la salud sexual y reproductiva	23
1.6.2. Enfermedades de transmisión sexual	23
1.6.3. IVEs	26
1.6.4. Contracepción	28
1.6.5. Drogas legales e ilegales	32
1.7. Inmigración	33
1.8. Padres y sexualidad adolescente	34
1.9. Embarazo y adolescencia	34
1.9.1. Causas de los embarazos a edades tempranas	35
1.10. Diagnostico situacional	37
1.10.1. Situación del embarazo adolescente	37
1.11. Lactancia materna	39
1.12. Costes	40
1.12.1. Coste de la atención al parto	40
1.12.2. Coste de métodos contraceptivos	42
1.12.3. Coste de las Interrupciones voluntarias del embarazo según los distintos métodos	42
2. Trabajo de investigación	43
2.1 Hipótesis	43
2.1.1. Hipótesis nula	43
2.2. Objetivos	43
2.2.1. General	43
2.2.2. Específicos	44

3. Material y método	45
3.1. Población de estudio	45
3.1.1. Descripción del área III del SMS Mapa del área III	45
3.1.2. Definición de casos	46
3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión	46
3.2. Diseño del estudio	47
3.3. Metodología	47
3.3.1. Datos extraídos del libro de paritorio del HGURM	48
3.3.2. Datos extraídos del programa informático Selene	48
3.4. Variables	49
3.4.1. Variables relacionadas con el objetivo 1	50
3.4.2. Variables relacionadas con el objetivo 2	51
3.4.3. Variables relacionadas con el objetivo 3	56
3.4.4. Variables relacionadas con el objetivo 4	61
3.4.5. Variables relacionadas con el objetivo 5	63
3.4.6. Variables relacionadas con el objetivo 6	68
3.5. Análisis estadístico	70
4. Resultados	72
4.1. Grupo de estudio	72
4.2. Resultados relacionados con el objetivo 1	73
4.2.1. Nacionalidad	73
4.2.2. Población en la que residen en el momento del estudio	74
4.2.3. Edad de las pacientes en el momento del parto en estudio	75
4.3. Resultados relacionados con el objetivo 2	77
4.3.1. Gravidez	77
4.3.2. Paridad de las pacientes que presentan en el parto en estudio	79
4.3.3. Antecedente de aborto en el momento del parto	80
4.3.4. Semanas de gestación con las que se presentó el parto	81
4.3.5. Presencia de control gestacional en nuestras pacientes	83
4.3.6. Serología durante el embarazo y el parto	84
4.3.7. Resultado de la prueba AGA en las gestantes	85
4.3.8. Tipo de Inicio de parto en el HGURM	86
4.3.9. Tipo de finalización del parto	87
4.3.10. Analgesia utilizada en el momento del parto	88
4.3.11. Episiotomía	89
4.3.12. Distocia	90
4.3.13. Desgarros vaginales descritos en las historias clínicas	91

4.3.14. Apgar del recién nacido al primer minuto	93
4.3.15. Apgar del recién nacido al minuto 5	95
4.3.16. pH de cordón del recién nacido al nacimiento	95
4.3.17. Tiempo de estancia en paritorio hasta el expulsivo	95
4.3.18. Peso del recién nacido	96
4.3.19. Sexo del recién nacido	98
4.4. Resultados relacionados con el objetivo 3	99
4.4.1. Factores de riesgo presentes en la gestación del parto en estudio	99
4.4.2. Patología sobre agregada en el momento de la gestación en estudio	100
4.4.3. Complicaciones en el parto y puerperio	102
4.4.4. Atonía, como complicación del parto y/o puerperio inmediato	104
4.4.5. Transfusión sanguínea en el posparto inmediato y mediato	105
4.4.6. Anemia como complicación del parto en relación con otras variables	106
4.4.7. Otras complicaciones de la gestación y el posparto	106
4.4.8. Prevalencia de patología cervical en la historia de la paciente	107
4.5. Resultados relacionados con el objetivo 4	108
4.5.1. Descripción de antecedentes de violencia de género en la historia clínica	108
4.5.2. Antecedentes de agresión sexual en la historia clínica	109
4.5.3. Descripción de procesos de salud mental en la historia clínica	110
4.5.4. ¿Da al recién nacido del parto en estudio en adopción?	111
4.5.5. ¿Fallece el recién nacido preparto, en el parto o a los 6 meses posteriores al nacimiento?	111
4.5.6. Antecedente de uso de alcohol y/o drogas en la historia clínica	112
4.5.7. Ingesta de alcohol y/o drogas	113
4.6. Resultados relacionados con el objetivo 5	114
4.6.1. Uso de método de planificación previo a la gestación adolescente	114
4.6.2. Intento de IVE en las pacientes adolescentes	115
4.6.3. Adolescentes que proceden de una familia desestructurada como antecedente de la gestación no planificada	116
4.6.4. Cambio de círculo de amigos después del parto	117
4.6.5. ¿Con quién vive en el momento del parto en estudio?	118
4.6.6. Nivel de estudios completado al momento del estudio	119
4.6.7. ¿Estudia actualmente o continúa su formación?	120
4.6.8. Situación laboral al momento del estudio	121
4.6.9. ¿Trabaja la pareja en el momento actual?	122
4.6.10. Apoyos familiares en el momento del estudio	123
4.6.11. ¿Depende económicamente de los padres?	124

4.6.12. Historia de gestaciones posteriores	125
4.7. Resultados relacionados con el objetivo 6	127
4.7.1. Lactancia materna al recién nacido del parto en estudio	127
4.7.2. Duración de la lactancia materna en el recién nacido en estudio	128
4.7.3. Lactancia mixta	129
4.7.4. Problemas de enganche durante la lactancia del recién nacido en estudio	130
4.8. Cruce de variables	131
5. Discusión	134
5.1. Justificación, análisis y comparación de los resultados	135
5.1.1. Objetivo 1: Datos demográficos	135
5.1.2. Objetivo 2: Características obstétricas y del parto	137
5.1.3. Objetivo 3: Factores que agravan la gestación	141
5.1.4. Objetivo 4: Presencia de violencia de género, salud mental, agresión sexual, ingesta de alcohol/drogas y/o ambas (intoxicación etílica)	146
5.1.5. Objetivo 5: Situación bio-socio-laboral de las pacientes	147
5.1.6. Objetivo 6: Análisis comparativo de algunas características de la lactancia materna	149
6. Limitación del Estudio	151
7. Conclusiones	153
8. Reflexiones y posibles recomendaciones	154
9. Anexos	156
10. Bibliografía	165

Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de la población total en España 2019	15	Tabla 24. Descriptivos para edad según grupo	76
Tabla 2. Población adolescente (10-19 años) en España por ambos sexos, mujeres y año (2014-2018)	15	Tablas relacionadas con el Objetivo 2	
Tabla 3. Población adolescente entre 10 y 19 años en España y la Región de Murcia (española/extranjera y ambos sexos)	15	Tabla 25. Gravidéz de las pacientes en el momento del parto, según grupo	77
Tabla 4. Edades y acto permitido para exponer nuestra situación a nivel legal en España.	16	Tabla 26. Descriptivos para gravidéz según grupo	77
Tabla 5. Fuentes de ingresos de los jóvenes con independencia económica según sexo y edad. 2008	18	Tabla 27. Paridad en el momento del estudio según grupo, sin tomar en cuenta el parto en estudio	79
Tabla 6. Fuentes de ingresos de los jóvenes con independencia económica según Sexo y edad. 2016	19	Tabla 28. Descriptivos para paridad según grupo	79
Tabla 7. Resumen del Observatorio de la SEC. 2016 y 2018	29	Tabla 29. Número de pacientes con antecedente de abortos	80
Tabla 8. Métodos más utilizados por las pacientes de 15 a 19 años según el Observatorio de la Sociedad Española de Contracepción. 2018.	31	Tabla 30. Descriptivos para abortos según grupo	80
Tabla 9. Comparativa de utilización de métodos contraceptivos (2015-2017)	31	Tabla 31. Número de pacientes por semanas de gestación en el momento del parto según grupo	81
Tabla 10. Población española y de la Región de Murcia según lugar de nacimiento edad y sexo. 2018	34	Tabla 32. Descriptivo para semanas de gestación según grupo	82
Tabla 11. Partos en España, Región de Murcia y Área III del SMS entre 2013 y 2017	38	Tabla 33. Número de pacientes por control de gestación según grupo	83
Tabla 12. Costos debidos a la atención del parto a nivel nacional 2016	41	Tabla 34. Número de pacientes por serología según grupo	84
Tabla 13. Comparativa de costes de un parto / interrupción voluntaria del embarazo	41	Tabla 35. Número de pacientes por AGA realizado comparando su resultado según grupo en el momento del parto	85
Tabla 14. Coste de los métodos LARC	42	Tabla 36. Número de pacientes por inicio del parto según grupo	86
Tabla 15. Coste del aborto en el SMS 2016	42	Tabla 37. Número de pacientes por tipo de parto según grupo	87
Tabla 16. Distribución por población y sexo del Área III del SMS 2017	45	Tabla 38. Número de pacientes y tipo de analgesia durante el parto según grupo	88
Tabla 17. Listado de datos del libro de paritorio	48	Tabla 39. Analgesia utilizada en el parto frente a finalización de parto	88
Tabla 18. Resumen de factores de riesgo según SEGO	57	Tabla 40. Número de pacientes y práctica de episiotomía en el parto según grupo	89
Tabla 19. Prevalencia de partos adolescentes del año 2013 al 2017 en el HGURM	72	Tabla 41. Presencia de distocia en los partos en el HGURM, según grupo	90
Tabla 20. Número de pacientes por grupo	72	Tabla 42. Número de pacientes por desgarro vaginal durante el parto según grupo	91
Tablas relacionadas con el Objetivo 1		Tabla 43. Porcentaje de presencia de desgarro vaginal durante el parto	92
Tabla 21. Número de pacientes por nacionalidad según grupo	73	Tabla 44. Número de pacientes por Apgar al primer minuto según grupo	93
Tabla 22. Número de pacientes por población de residencia según grupo	74	Tabla 45. Descriptivos para Apgar al primer minuto según grupo	93
Tabla 23. Número de pacientes por edad según grupo	75	Tabla 46. Número de pacientes por Apgar al minuto 5 según grupo	94
		Tabla 47. Descriptivos para Apgar al quinto minuto según grupo	94
		Tabla 48. Descriptivos para pH de cordón del recién nacido según grupo	95

Tabla 49. Descriptivos para tiempo de duración de periodo activo del parto hasta el expulsivo según grupo	95	Tabla 72. Adolescentes y nivel de estudio completado al momento del estudio	119
Tabla 50. Número de pacientes por peso del recién nacido según grupo	96	Tabla 73. Número de pacientes adolescentes que estudia	120
Tabla 51. Número de pacientes por sexo del recién nacido según grupo	98	Tabla 74. Número de pacientes del grupo de estudio que posee un trabajo	121
Tablas relacionadas con el Objetivo 3		Tabla 75. Pacientes que trabaja la pareja en el momento del estudio	122
Tabla 52. Número de pacientes por factores de riesgo durante la gestación según grupo	99	Tabla 76. Pacientes con antecedente de un parto en la adolescencia que cuentan con el apoyo familiar	123
Tabla 53. Número de pacientes por patología sobre agregada en el momento de la gestación según grupo	100	Tabla 77. Pacientes del grupo de estudio que depende económicamente de los padres	124
Tabla 54. Prevalencia de patología sobre agregada en las gestantes	101	Tabla 78. Formula obstétrica en el momento del estudio de las pacientes del grupo de estudio que tienen como antecedente un parto en la adolescencia	125
Tabla 55. Número de pacientes por complicaciones en el parto y puerperio según grupo	102	Tablas relacionadas con el Objetivo 6	
Tabla 56. Número de pacientes por atonía post parto según grupo	104	Tabla 79. Pacientes que dieron lactancia materna al parto en estudio año 2013-2017	127
Tabla 57. Número de pacientes por transfusión según grupo	105	Tabla 80. Pacientes del grupo de estudio y la duración de la lactancia materna	128
Tabla 58. Número de pacientes por patología cervical según grupo	107	Tabla 81. Número de pacientes por lactancia mixta	129
Tablas relacionadas con el Objetivo 4		Tabla 82. Número de pacientes por problemas de enganche	130
Tabla 59. Número de pacientes por proceso de violencia de género según grupo	108	Tabla 83. Comparación de pesos y Apgar 5 con un estudio en Guadalajara (México)	140
Tabla 60. Número de pacientes por proceso de agresión sexual según grupo	109		
Tabla 61. Número de pacientes por proceso de salud mental según grupo	110		
Tabla 62. Número de pacientes que brindan al recién nacido en adopción	111		
Tabla 63. Mortalidad fetal y neonatal en adolescentes frente al total de partos del HGURM entre 2015-2017	111		
Tabla 64. Número de pacientes en los que fallece recién nacido	111		
Tabla 65. Número de pacientes por proceso de OH drogas según grupo	112		
Tabla 66. Número de pacientes adolescentes por consumo de alcohol, tabaco y/o drogas	113		
Tablas relacionadas con el Objetivo 5			
Tabla 67. Número de adolescentes que utiliza un método de planificación familiar previo a la gestación en estudio	114		
Tabla 68. Número de pacientes adolescentes e intento de IVE	115		
Tabla 69. Número de Adolescentes y antecedente de familia desestructurada	116		
Tabla 70. Pacientes adolescentes que cambio de círculo de amigos por la gestación	117		
Tabla 71. Número de pacientes adolescentes que responden con quién vive en el momento del parto en estudio	118		

Índice de figuras

Fig. 1. Entorno bio psico social de los adolescentes	13	Fig. 22. Fisiología de las glándulas mamarias	40
Fig. 2. Pirámide Poblacional España 2016	14	Fig. 23. Zonas básicas de salud del Área III del SMS	46
Fig. 3. Media de ingresos personales de jóvenes con independencia económica, según sexo, edad y origen nacional 2008-2016	19	Fig. 24. Número de pacientes en estudio	72
Fig. 4. Persona que aporta más ingresos al hogar (2008-2016)	20	Figuras relacionadas con el Objetivo 1	
Fig. 5. Situaciones de independencia/dependencia económica y residencial de los jóvenes en 2008 y 2016	21	Fig. 25. Porcentaje de pacientes por nacionalidad según grupo	73
Fig. 6. Evolución de la tenencia de la vivienda en los jóvenes (2008-2017)	21	Fig. 26. Porcentaje de pacientes por población de residencia según grupo	74
Fig. 7. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) en menores de 18 años en España entre 2009 y 2018	22	Fig. 27. Número de pacientes por edad según grupo	76
Fig. 8. Diagnósticos microbiológicos de ITS. España 1995-2013	24	Figuras relacionadas con el Objetivo 2	
Fig. 9. Incidencia de infecciones de transmisión sexual N° de casos y tasas por 100.000 hab. España 1995-2013	24	Fig. 28. Porcentaje de gravidez de las pacientes en el momento del parto, según grupo	77
Fig. 10. Casos de sida diagnosticados en España* en 2017. Distribución por edad y sexo	25	Fig. 29. Gráfico de regresión lineal edad frente a gravidez	78
Fig. 11. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales por modo de transmisión y lugar de origen. España, 2009-2017	25	Fig. 30. Gráfico de regresión lineal edad frente a paridad	79
Fig. 12. Comparación de IVEs por cada 1.000 mujeres, en total y en adolescentes, en España y en la Región de Murcia entre 2008 y 2017	27	Fig. 31. Porcentaje de pacientes por aborto según grupo	80
Fig. 13. Total de IVEs por año en la última década en el Área III	28	Fig. 32. Gráfico de regresión lineal edad frente a abortos	81
Fig. 14. Edad de la primera relación sexual por grupos de edad en mujeres	28	Fig. 33. Porcentaje de pacientes por semanas de gestación en el momento del parto según grupo	81
Fig. 15. Métodos anticonceptivos empleados en la última relación sexual por parte de los jóvenes (15-29 años), según grupos de edad. 2016	30	Fig. 34. Gráfico de regresión lineal edad frente a semanas de gestación	82
Fig. 16. Proporción de población de 15-24 años que ha consumido alguna de las principales drogas en los últimos 12 meses, dividida por sexos para el año 2017	32	Fig. 35. Porcentaje de pacientes por control de gestación según grupo	83
Fig. 17. Prevalencias de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-24 años, según sexo y edad (%). España, 2017.	33	Fig. 36. Porcentaje de pacientes por serología según grupo	84
Fig. 18. Complejidad del ambiente de un embarazo adolescente	36	Fig. 37. Porcentaje de resultado de AGA en el momento del parto según grupo	85
Fig. 19. Tasa bruta de natalidad en el mundo en 2017	37	Fig. 38. Porcentaje de pacientes por inicio de parto según grupo	86
Fig. 20. Tasa de nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años por zonas	38	Fig. 39. Porcentaje de pacientes por tipo de parto según grupo	87
Fig. 21. Estadíos de Marshall y Tanner en el desarrollo mamario entre los 1,5 y 16 años	39	Fig. 40. Porcentaje de pacientes por analgesia según grupo	88
		Fig. 41. Porcentaje de pacientes por episiotomía según grupo	89
		Fig. 42. Presencia de pacientes de distocia en el parto según grupo	90
		Fig. 43. Porcentaje de pacientes por desgarro vaginal según grupo	91
		Fig. 44. Análisis del parto en HGURM	92
		Fig. 45. Porcentaje de pacientes por Apgar al primer minuto según grupo	93
		Fig. 46. Porcentaje de pacientes por Apgar al minuto 5 según grupo	94
		Fig. 47. Gráfico de regresión lineal edad frente tiempo de expulsión	95

Fig. 48. Porcentaje de pacientes por peso del recién nacido	96	Fig. 67. Porcentaje de pacientes y presencia de antecedente de familia desestructurada	116
Fig. 49. Gráfico de regresión lineal edad frente a peso	97	Fig. 68. Porcentaje de pacientes por cambio de amigos	117
Fig. 50. Gráfico de regresión lineal edad frente a peso en adolescentes	97	Fig. 69. Porcentaje de pacientes por con quién vive	118
Fig. 51. Porcentaje de pacientes por sexo del recién nacido según grupo	98	Fig. 70. Porcentaje de pacientes por nivel de estudio completados	119
Figuras relacionadas con el Objetivo 3		Fig. 71. Porcentaje de pacientes por continuidad de estudios	120
Fig. 52. Porcentaje de pacientes por factores de riesgo según grupo	99	Fig. 72. Porcentaje de pacientes que trabajan	121
Fig. 53. Comparativa de patologías sobre agregadas durante la gestación por grupos de Estudio	101	Fig. 73. Porcentaje de pacientes por trabajo de la pareja	122
Fig. 54. Porcentaje de pacientes por complicaciones en el parto y puerperio según grupo	102	Fig. 74. Porcentaje de pacientes por apoyo de los familiares	123
Fig. 55. Porcentaje de complicaciones del parto y puerperio de los partos adolescentes	103	Fig. 75. Porcentaje de pacientes por dependencia económica de los padres	124
Fig. 56. Porcentaje de pacientes por atonía post parto según grupo	104	Fig. 76. Porcentaje de pacientes por número de gestaciones	126
Fig. 57. Porcentaje de pacientes por transfusión según grupo	105	Figuras relacionadas con el Objetivo 6	
Fig. 58. Análisis de la variable anemia como complicación del postparto	106	Fig. 77. Porcentaje de pacientes por lactancia materna	127
Fig. 59. Número de pacientes por patología cervical según grupo	107	Fig. 78. Porcentaje de pacientes por duración de la lactancia materna	128
Figuras relacionadas con el Objetivo 4		Fig. 79. Porcentaje de pacientes por lactancia mixta	129
Fig. 60. Porcentaje de pacientes por proceso de violencia de género según grupo	108	Fig. 80. Porcentaje de pacientes por problemas de enganche	130
Fig. 61. Número de pacientes por proceso de agresión sexual según grupo	109	Fig. 81. Seguimiento de lactancia en partos adolescentes de 2013 a 2017	130
Fig. 62. Número de pacientes por proceso de salud mental según grupo	110	Figuras relacionadas con los cruces de variables	
Fig. 63. Porcentaje de pacientes por proceso de alcohol y/o drogas según grupo	112	Fig. 82. Relación entre el tipo de inicio de parto y su finalización con analgesia durante el parto y la presencia de desgarros vaginales	131
Fig. 64. Porcentaje de pacientes por ingesta de alcohol, tabaco y/o drogas	113	Fig. 83. Análisis de edad/ presencia de atonía/ transfusión	132
Figuras relacionadas con el Objetivo 5		Fig. 84. Correlación entre el antecedente de agresión sexual, proceder de familia desestructurada y proceso de salud mental	133
Fig. 65. Porcentaje de pacientes por método contraceptivo previo a la gestación en estudio	114	Infografía sobre el perfil de la gestante adolescente en el Área III del SMS	
Fig. 66. Porcentaje de pacientes por intento de IVE	115	150	

Glosario

Aborto: Expulsión o extracción o pérdida del producto de la concepción antes de la semana 22 de gestación o que cuente con un peso menor de 500 gramos^{1 2}.

Abruptio placentae: Desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente inserta, cuyo resultado es la hemorragia vaginal. Situación grave y puede comportar sufrimiento fetal, muerte fetal y problemas de coagulación en la madre^{1 3}.

Adolescencia: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años⁴. Es un periodo de tránsito desde la niñez a la edad adulta en la que se dan cambios físicos que llevan a la posibilidad de reproducirse, cambios cognoscitivos con los que se pasa de los patrones psicológicos de la niñez a los patrones del adulto y cambios psicosociales que deben llevar a consolidación de la independencia socioeconómica; dividiéndola en: temprana (10-13 años), media (14-16) y tardía (17-19)^{5 6 7}.

Agresión sexual: es cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con violencia y sin consentimiento. Consiste en la realización de actos atentados contra la libertad sexual de una persona empleando violencia o intimidación⁵.

Alteraciones cromosómicas/cromosomopatía: Grupo de enfermedades consecuencia directa de las variaciones numéricas, estructurales o combinadas en el número normal de cromosomas¹.

Amenorrea: ausencia de menstruación durante varias semanas. Causas fisiológicas, patológicas y iatrogénicas^{1 8}.

Amniorrexia: Rotura de bolsa amniótica espontánea o provocada¹.

Apgar: Prueba para evaluar la vitalidad del recién nacido. Se realiza al primer minuto y a los cinco minutos de vida. Se valora por un médico o matrona el esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, el tono muscular, reflejos y el color de la piel¹.

Atonía uterina: Falta o ausencia de contracción del útero tras el parto. Que puede producir hemorragia de distintas magnitudes^{1 8}.

B HCG: Hormona específica del embarazo, producida por las células del trofoblasto (tejido placentario) y utilizada en los distintos test de sangre u orina para confirmar la gestación¹.

Bradicardia fetal: Disminución de la frecuencia cardíaca fetal por debajo de 120 latidos por minuto y durante más de 15 minutos. Generalmente se asocia a dificultades del feto para la adaptación al medio intrauterino o disminución del bienestar fetal⁹.

Cefalea: Dolor de cabeza, puede ser cíclico con relación a la menstruación, localizado (temporal occipital) fijo o pulsátil¹.

Cérvix: Porción inferior o cuello del útero, fácilmente visible a la exploración vaginal con el espejuelo y palpable al realizar un tacto vaginal. El canal cervical pone en contacto la vagina con el interior del útero⁴.

Cesárea: La cesárea es la técnica quirúrgica realizada con el objetivo de extraer un feto por vía abdominal. Constituye una de las intervenciones más realizadas en nuestros hospitales, aumentando su tasa en las últimas décadas. A pesar de contar

con una dilatada experiencia, actualmente continúa siendo objeto de controversias en el marco de la obstetricia actual. Teniendo que definir indicaciones claras para su realización, según sea electiva, intraparto o urgente³.

Cesárea electiva: Es aquella que se realiza de forma programada antes del inicio del parto debido a causas materno fetales que pueden llegar a contraindicar un parto vaginal³.

Cesárea urgente/emergente: Casos donde se requiere la extracción inmediata (20-30 min) ya que la situación puede comprometer la viabilidad materno fetal o sugiere un mal pronóstico neurológico neonatal³.

Cesárea electiva con parto en curso: Es aquella que se indica una vez ha comenzado el parto y sin que exista un inminente riesgo materno fetal. Su realización debe hacerse dentro de los 30-75 minutos posteriores a la indicación³.

Complicación: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

Complejidad: se define como aquello que posee la cualidad de complejo. Como tal, el concepto de complejidad hace referencia a algo que se encuentra constituido por diferentes elementos que se interrelacionan.

Contracciones uterinas: Es el mecanismo que permite que se produzca el nacimiento del bebe. Las contracciones con rítmicas progresivas e intensas⁴.

Contracepción: Grupo de métodos, fármacos, dispositivos o procedimientos quirúrgicos que tienen como objetivo disminuir la probabilidad o prevenir el embarazo¹.

Corioamnionítis: Proceso inflamatorio/infeccioso del contenido uterino (líquido amniótico, placenta y/o membranas fetales). Puede ser secundario a una rotura prematura de membranas (lo + frecuente) o verse en mujeres con amenaza de parto prematuro. Los signos clínicos clásicos son la presencia de fiebre (superior a 37.8°C) asociado a dos o más de los siguientes criterios: taquicardia materna (superior a 100 latidos/min), taquicardia fetal (> a 150 lat/min); irritabilidad uterina, leucorrea vaginal maloliente, leucocitosis (> a 15000). Representa un estadio severo y grave de infección cuyo manejo óptimo es la finalización de la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro¹.

Retardo del Crecimiento Intrauterino: Los médicos hablan de CIR cuando hay un retraso del desarrollo y crecimiento del feto, medidas que no están acorde a las tablas de crecimiento. Fetos más pequeños de lo normal que tienen peor pronóstico global. 5% tiene afección de crecimiento en el primer trimestre. El 15% asimétricos los verdaderos y se producen en el último trimestre¹.

Cribado bioquímico: Permite realizar el diagnóstico de cromosomopatías durante el primer trimestre de la gestación. Para diagnóstico de trisomía 13, 18 y 21. Determinación hormonal en la sangre materna y medida de TN mediante ecografía¹.

Desgarro: Laceración que puede ocurrir durante el parto vaginal y que puede afectar desde la piel vulvar hasta la mucosa rectal^{1 8}.

Tipos de desgarro durante el parto ¹⁰

1^{er} grado	Lesión de piel perineal
2^o grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal
3^{er} grado	Lesión de esfínter anal
	3 ^a Lesión del esfínter externo <50% grosor
	3b Lesión del esfínter externo >50% grosor
	3c Lesión del esfínter externo e interno
4^o grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal

Fuente: Protocols medicina fetal/perinatal. H. Clínic

Diabetes Gestacional: Intolerancia a los hidratos de carbono que se detecta mediante una prueba de sobrecarga oral de glucosa, O'Sullivan. Se inicia durante el embarazo, generalmente a partir del segundo trimestre, por efecto de las hormonas de la gestación, los niveles de glucemia se elevan por alteración del páncreas y su déficit en la producción de insulina y puede asociarse a crecimiento fetal excesivo¹.

Distocia: Dificultad en la evolución del parto debido a anomalías maternas (alteraciones de las contracciones uterinas, forma de la pelvis) o fetales (tamaño, mal posición del cabeza). La distocia de hombros representa el fracaso del nacimiento de la cintura escapular, trátese del hombro anterior, el posterior o ambos. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) define a la distocia de hombros como el nacimiento que requiere maniobras obstétricas adicionales¹¹.

Drogas⁶: Las drogas son sustancias que, cuando se introducen en el organismo, actúan sobre el sistema nervioso central. Esto provoca cambios que pueden afectar a la conducta, el estado de ánimo o la percepción. Además, su consumo puede comportar:

- Dependencia psicológica. Se produce cuando la persona tiene necesidad de consumir la droga para experimentar un estado de placer o para evitar un cierto malestar afectivo.
- Dependencia física. Cuando el organismo se ha habituado a la presencia de la droga y necesita esta sustancia para funcionar con normalidad.
- Tolerancia. Cuando es necesario aumentar la dosis de una droga de consumo habitual para conseguir los mismos efectos que se obtenían con dosis más pequeñas.

El consumidor habitual de cualquier tipo de droga puede experimentar alguno de estos tres efectos o todos al mismo tiempo.

Tipos de drogas: Depresoras, estimulantes y alucinógenas¹².

Drogas depresoras: te adormecen, ya que producen efectos sedantes en nuestro organismo: Alcohol, tranquilizantes, ansiolíticos, hipnóticos o inductores del sueño, opiáceos.

Drogas Estimulantes: hacen que estés como despierto/a o con sensación de gran energía, ya que aceleran las funciones del sistema nervioso central: Anfetaminas, metanfetamina, cocaína, nicotina, cafeína, taurina (bebidas energéticas).

Drogas Alucinógenas: hacen que percibas cosas o sensaciones que no son reales: alucinógenos: LSD, hongos o setas alucinógenas, derivados del cánnabis.

Eclampsia: Complicación grave del embarazo. La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, durante el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas¹.

Ecografía: La ecografía o ultrasonografía es un método diagnóstico que emplea ondas acústicas de alta frecuencia (ultrasonidos) y obtiene imágenes de los órganos internos al captar el eco de estas ondas. Es una exploración que no emplea radiación ionizante. La ecografía obstétrica se usa para diagnosticar la existencia de embarazo y valorar la situación del embrión o el feto¹.

Edad: Número de años completos transcurridos desde el nacimiento¹¹.

Edad de consentimiento sexual: se define como la edad a partir de la cual se puede consentir tener relaciones sexuales, en España según el código penal, artículo 183, son los 16 años desde el año 2015¹³.

Edad para solicitar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE): independiente de la causa, son los 16 años, pero las jóvenes menores de 18 años deben contar al menos con la autorización de uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo¹³.

Edad gestacional: La duración de la gestación se mide desde el primer día del último periodo menstrual. Parto de término mayor de treinta y siete semanas hasta las cuarenta y una semanas, parto pre término menor de treinta y siete semanas, parto post término mayor de 42 semanas¹.

Emigración: Acción por la cual una persona que, habiendo sido previamente residente habitual de un territorio, deja de tener su residencia habitual en el mismo por un periodo que es, o se espera que sea, de al menos doce meses¹⁴.

Episiotomía: incisión quirúrgica realizada en el periné para agrandar la apertura vaginal justo en el momento del nacimiento. En algunos casos es necesaria para evitar desgarros en el periné y facilitar la salida del recién nacido¹.

Estreptococo Agalactie (EGB): El estreptococo grupo B, también llamado estreptococo beta hemolítico o *Streptococcus agalactiae* del grupo B es una bacteria que puede encontrarse en el aparato digestivo de cualquier ser humano. En la mujer a veces puede colonizar la vagina y la vejiga urinaria. Las infecciones en el recién nacido septicemia (infección generalizada por vía sanguínea), neumonía (infección pulmonar) o meningitis (infección del cerebro y sus cubiertas), o, a largo plazo, osteoartritis (infección de hueso o articulaciones). A las 35-37 semanas de embarazo se debe realizar un cultivo vaginal y perianal. En casos de cultivos positivos, debe realizarse un tratamiento antibiótico en el día del parto. tiene una duración de 5 semanas, AGA o EGB¹.

Feto: El embrión recibe el nombre de feto tras haber alcanzado un determinado nivel de desarrollo de los órganos (a las ocho semanas después de la concepción), hasta el momento en que se produzca el nacimiento. El desarrollo del feto varía cada semana y cada mes de embarazo¹.

Gestación: Procedente del vocablo latino, acto y resultado de gestar., es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto. Y su duración dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses), 280 días. I trimestre hasta la 13 semana, II trimestre de la 14 a la 28 semana de gestación, III trimestre 28 a las 40 semanas completas¹.

Gravidez: número de veces que una mujer ha estado embarazada¹¹.

Gravidad: estado de gestación o embarazo¹.

Indicadores relativos a la mortalidad infantil¹⁴:

- Las muertes neonatales se consideran como aquellas ocurridas entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días de vida (días 0 a 27).
- Las muertes neonatales tempranas se consideran como aquellas ocurridas entre los nacidos vivos durante los primeros 7 días de vida (días 0 a 6).
- Las muertes post neonatales se consideran como aquellas ocurridas entre los nacidos vivos de más de 27 días de vida, pero de menos de 1 año (días 28 a 364).

Inducción del parto (IDP): es la iniciación del trabajo de parto mediante procedimientos médicos o mecánico antes del comienzo espontáneo del mismo, con el propósito de lograr el parto de la unidad fetoplacentaria

Infección puerperal o fiebre puerperal: fiebre superior a 38°, que se realiza en dos tomas con menos de 24 horas de diferencia con origen en el aparato genital. Lugares más frecuentes útero/episiotomía/ laparotomía y cesárea¹⁵.

Inmigración: Acción por la cual una persona fija su residencia habitual en un territorio por un periodo que es, o se espera que sea, de al menos doce meses, habiendo sido previamente residente habitual de otro territorio distinto¹³.

Joven: Según la OMS, lo define como persona entre los 20 y 29 años de edad⁴.

Líquido amniótico: El líquido producido por el feto y que lo rodea durante el embarazo. Brinda protección para el feto, proporciona temperatura estable, amortiguación ante traumatismos externos y permite la libre circulación necesarios para el normal desarrollo de los pulmones. Permite al feto moverse dentro del útero¹.

Loquios: Consiste en una secreción vaginal normal durante el puerperio (después del parto) que contiene sangre y moco. Son normales durante las primeras 4 a 6 semanas después del parto. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo¹.

Macrosomía: El feto macrosómico es aquel cuyo peso es generalmente superior a 4000 gr, sobrepasando el percentil 90 para la edad gestacional calculada según la fecha de la última menstruación o según ecografías del primer trimestre¹.

Malformación congénita: Son alteraciones que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos extremidades o sistemas¹.

Mastitis: Infección del tejido mamario por bacterias que han penetrado en este tejido a través de las fisuras y conductos del pezón. La mastitis puerperal es la que suele presentarse en las mujeres que están en periodo de lactancia materna, pues debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que sufren las mamas, son más

susceptibles de sufrir lesiones e infecciones. La mastitis puerperal se puede tratar con antibióticos y calmantes, pero debe ser el médico el que los prescriba^{15 16}.

Matrimonio: Según indicadores demográficos básicos se considera matrimonio a la unión estable entre dos personas del mismo o diferente sexo, como producto del acuerdo de voluntades de ambas, manifestado externamente con las formalidades legalmente establecidas e inscritas en el Registro civil¹⁴.

Mayoría de edad: Según establece el Código Civil (desde el 17 de noviembre de 1978), la mayoría de edad en España es 18 años¹⁷.

Meconio: El meconio es una sustancia viscosa y espesa de color verde oscuro a negro compuesta por células muertas y secreciones del estómago e hígado, que reviste el intestino del recién nacido. El meconio son las primeras heces del bebé después de nacer. Esta deposición muestra un color y una textura diferente al resto de deposiciones (viscosa, espesa y de color verde oscuro). Lo habitual es que el bebé expulse estas heces en las primeras 24-48 horas después del parto¹.

Multigesta: mujer que ha tenido más de un embarazo¹¹.

Múltipara: mujer que ha tenido más de un parto¹¹.

Nacimiento: Según la Estadística del Movimiento Natural de la Población queda identificado con el biológico de "nacido con vida"¹³.

Nacionalidad: Vínculo jurídico particular entre un individuo y su Estado, adquirido mediante nacimiento, naturalización, declaración, opción, matrimonio y otras fórmulas acordes con la legislación nacional¹³.

Neonatal: Periodo relativo a las 4 primeras semanas de vida del recién nacido¹.

Neonato: Recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida¹.

Nulípara: Mujer que nunca ha parido¹.

Oligoamnios: Disminución de la cantidad de líquido amniótico; puede ser debida a una rotura prematura de membranas RPM, una obstrucción del tracto urinario fetal, un retraso del crecimiento intrauterino o por muerte fetal. También llamado oligo hidramnios¹.

Percentil: El percentil es una medida con respecto al total de una muestra. El feto se puede medir por parámetros como peso perímetro craneal, y van de 0 a 100, para valorar bienestar se deben combinar para su mejor valoración¹.

pH fetal: Técnica diagnóstica consistente en obtener una muestra mínima de sangre de la cabeza del feto a través de la vagina durante el parto, con el fin de analizar su pH (equilibrio ácido-base) y poder establecer si hay acidosis (esto es, un pH bajo). En caso de acidosis está indicado terminar el parto por la vía más rápida. Valor que se obtiene también de la sangre del cordón del recién nacido^{1 18}.

Parto: Proceso por el cual se produce la expulsión del feto, la placenta y las membranas del útero^{1 19}.

Diagnóstico del período y la fase del trabajo del parto

Signos y síntomas	Período de parto	Fase
Cuello uterino no dilatado	Falso trabajo de parto	Pródromos
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm	Primer período	Latente
Cuello uterino dilatado 4-9 cm. Tasa de dilatación 1 cm/h. Comienzo del descenso de la cabeza fetal	Primer período	Activa
Cuello uterino dilatado (10 cm). Sigue el descenso fetal. No hay deseos de empujar	Segundo período	Temprana (no expulsiva)
Cuello uterino dilatado (10 cm). La parte fetal que presenta llega al suelo de la pelvis. La mujer tiene deseos de empujar	Segundo período	Avanzada (expulsiva)
El tercer período del parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta		

Fuente: Fundamentos de Obstetricia. SEGO. 2007¹¹

Parto eutócico o normal: La culminación natural de la segunda fase del trabajo de parto es el parto vaginal controlado de un recién nacido sano con traumatismo mínimo para la madre¹⁹.

Parto instrumental: Parto vaginal instrumental se basa en la aplicación de un instrumento (fórceps, espátulas, vacum) sobre la cabeza fetal para su extracción mediante tracción de la misma y/o ampliación del canal del parto¹⁹.

Partograma: Representación visual grafica de los valores y eventos relacionados con el curso del trabajo de parto (dilatación, descenso de la cabeza fetal, posición)¹.

Patología cervical: Cuando a una paciente se le diagnostica una lesión precancerosa cervical (llamada también displasia cervical, CIN o SIL)¹¹.

Placenta: órgano (en forma de astel plano) que hace las veces de intermediario entre la madre y el feto durante el proceso de gestación. Efectúa un intercambio metabólico, el feto toma oxígeno, alimento y otras sustancias, y elimina dióxido de carbono y otros desechos, por medio de la madre¹.

Placenta Previa: Inserción de la placenta en el útero se produce, de forma anómala, en la parte inferior del mismo, muy cerca del orificio del cuello uterino. Fenómeno poco frecuente¹.

Preeclampsia: Complicación grave de la gestación. Afecta a varios sistemas del organismo materno y produce hipertensión arterial, proteinuria (exceso de proteínas en la orina por alteración del riñón), edemas, irritación del sistema nervioso central, con riesgo de convulsiones, y alteraciones del hígado y la coagulación. Cuanto más grave sea la preeclampsia y cuanto más temprano se manifieste en el embarazo, mayores serán los riesgos para la madre y el feto^{1 8}.

Puerperio: El puerperio es el periodo que se inicia tras el parto y en el que el cuerpo de la madre vuelve poco a poco a la normalidad. Abarca las primeras 6 semanas tras el parto. Se divide en tres períodos: inmediato (abarca las primeras 24 horas), puerperio mediato (del segundo al décimo día) y tardío (hasta los 6 meses siguientes)^{1 11}.

Pubertad: Período de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la capacidad de reproducción; constituye la primera fase de la adolescencia y el paso de la infancia a la edad adulta¹¹.

Primigrávida: Mujer que está embarazada por primera vez¹.

Rotura prematura de membrana: La rotura prematura de membrana es una complicación infrecuente (se da en un 2-4% de las gestaciones únicas) que supone la RPM o bolsa amniótica antes de las 37 semanas. En general representa la pérdida de líquido amniótico y no suele asociarse a contracciones uterinas¹.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹⁴.

Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia¹⁴.

Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos¹³.

Salud mental: estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico, según la OMS¹¹.

Serología: El grupo de pruebas analíticas que se corresponden a una serie de exámenes utilizados para detectar infecciones actuales o previas. En todas las embarazadas se realizan análisis de sangre que permiten valorar el riesgo para el feto de contraer enfermedades infecciosas virales, bacterianas o parasitarias, que se pueden evitar o tratar mientras está en el útero. Los estudios que se realizan son para descartar sífilis, toxoplasma, rubeola, hepatitis B y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹¹.

Sexo: El sexo se refiere al sexo biológico de la persona. Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres^{4 11}.

Test de Coombs: Prueba diagnóstica que permite detectar la presencia de anticuerpos frente al Rh en la sangre de las mujeres con Rh negativo. Su interés radica en que, si a lo largo del embarazo da positivo, el feto puede padecer una anemia grave si su Rh es positivo. Si la prueba resulta negativa, quiere decir que la madre no tiene estos anticuerpos y el feto no corre riesgos.¹

Test de O'Sullivan: Prueba diagnóstica que permite detectar aquellas mujeres con riesgo de presentar diabetes gestacional. Se realiza mediante un análisis de sangre a la madre por el cual se mide la glucosa una hora después de que haya ingerido una solución con 50 g de glucosa. Se realiza entre la semana 24 y 28 de embarazo. Se recomienda realizarla durante el primer trimestre si existen factores de riesgo para diabetes del embarazo¹.

Test de sobrecarga oral a la glucosa: diagnostica diabetes en aquellas pacientes con test de sobrecarga anormal. Medición de glucosa después de la ingesta de 100 gr de glucosa, con análisis en ayuno, a la hora y a las dos horas posteriores a la toma de glucosa. Si dos valores están alterados se confirma el diagnóstico de diabetes gestacional¹.

Útero: El útero y/o matriz, es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga y el recto. Es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino¹¹.

Violencia de Género: todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad tanto como si se producen en la vida pública como en la vida privada, según definición de las naciones unidas¹³.

Acrónimos

- ACV: Accidente cerebro vascular.
- AGA: *Streptococcus Agalactiae*.
- AROPE: del inglés *At Risk Of Poverty and/or Exclusion*. Es el índice que mide el riesgo de pobreza y/o exclusión social.
- AUU: Arteria umbilical única.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- BORM: Boletín Oficial de la Región de Murcia.
- CEDAW: Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer de su acrónimo en inglés *Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women*.
- CREM: Centro Regional de Estadística de Murcia.
- CIN: Neoplasia intracervical.
- CIR: crecimiento intrauterino retardado.
- EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España.
- EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- EHE: Estado hipertensivo del embarazo.
- FPP: Fecha probable de parto. Se calcula a partir de la fecha de la última regla (FUR) y se corresponde con las 40 semanas de embarazo.
- FUR: Fecha de la última regla. Es la fecha que se utiliza para datar la gestación.
- HGURM: Hospital General Universitario Rafael Méndez.
- HPP: Hemorragia posparto.
- IMC: Índice de masa corporal.
- INJUVE: Instituto de la Juventud.
- INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social
- ITS: infección de transmisión sexual.
- ITU: Infección del tracto urinario.
- IVE: interrupción voluntaria del embarazo.
- LARC: Métodos contraceptivos reversibles de larga duración de su acrónimo en inglés *Long-acting reversible contraceptives*.

- MLD: medio lateral derecha, refiriéndose al tipo de episiotomía realizada en los partos.
- NA: no hay dato.
- NHC: número de historia clínica.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PIB: Producto interior bruto.
- RCIU: Retardo del crecimiento intrauterino.
- RPBF: Riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- SEC: Sociedad Española de Contracepción.
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- SMS: Servicio Murciano de Salud.
- SSyR: Salud Sexual y Reproductiva.
- TORCH: Corresponde a las iniciales de: Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus y Herpes Simple. Si se producen estas infecciones durante el embarazo pueden afectar al feto.
- UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales.
- UU: Unidad de Urgencias.
- UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas, del inglés *United Nations Fund for Population Activities*.
- UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, acrónimo de su nombre en inglés *United Nations International Children's Emergency Fund*.
- VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.
- VPH: Virus del papiloma humano.

1. Introducción

Esta investigación tiene un doble cometido: por un lado, dar a conocer la situación de las adolescentes que se ven afectadas por una gestación no planificada en Área III del SMS entre 2013 y 2017 y, por otro lado, comparar el proceso del embarazo/parto/puerperio con el resto de la población gestante atendida en el mismo período.

Haremos una comparación entre las complicaciones de ambos grupos, centrándonos en la complejidad bio socio laboral de las adolescentes en estudio. Entendiendo como complejidad todo el entorno que puede perjudicar, generalmente de forma negativa, el normal desarrollo de la nueva unidad familiar (fig. 18)²⁰.

Antes de iniciar nuestro estudio, quisiera exponer los derechos y deberes que el Estado confiere a los adolescentes en su mayoría de edad. Pueden resultar demasiados para muchas de ellas, que no tienen la suerte de contar en sus hogares con dirección, consejo y buenos ejemplos²¹.

Podemos considerar que existe mucha inmadurez, no solo física, sino también emocional, para afrontar demasiados cambios y permisividad en el paso a la mayoría de edad, sin recapacitar sobre el futuro que desean. Es importante mejorar la educación, la información, los valores inculcados. En definitiva, dar las suficientes herramientas para que nuestras jóvenes conozcan y puedan evitar errores que perjudiquen su desarrollo emocional y profesional, para que sean capaces de decidir, con toda la información, lo que realmente quieren y cómo quieren cumplir sus metas y sueños. A nivel sanitario, nos gustaría tener la capacidad de consultar y obtener de forma oportuna, eficaz y eficiente soluciones para evitar daños o repercusiones, no solo en sus vidas, sino también en la de su entorno²².

En el esquema de la página siguiente (fig. 1), intentaremos describir todo el entorno ambiental, social, educativo, legal y de salud para analizar si hay trascendencia en un problema que debe ser erradicado, cuando no es una gestación lo que realmente una adolescente desea.

Cada vez hay más instituciones que se preocupan por respaldar y mejorar a los adolescentes. Está claro que hay que mejorar la integración y comunicación de todos los involucrados en atención adolescente para mejorar la calidad, desde la conciliación de los horarios de las consultas, hasta mejorar la educación en salud por profesionales especializados y a nivel educativo²³.

El estudio aportará datos tanto a nivel mundial, como nacional y regional, para, posteriormente, centrarnos en el Área III del Servicio Murciano de Salud. Para poder realizar comparaciones, con el total de partos atendidos en el Hospital General Universitario Rafael Méndez.

Fig. 1. Entorno bio psico social de los adolescentes



Fuente: Elaboración propia

1.1. Definición de adolescencia

Según establece el Código Civil, la mayoría de edad en España se sitúa en los 18 años. En nuestro estudio, incluiremos toda joven hasta los 19 años, como lo define la OMS⁴.

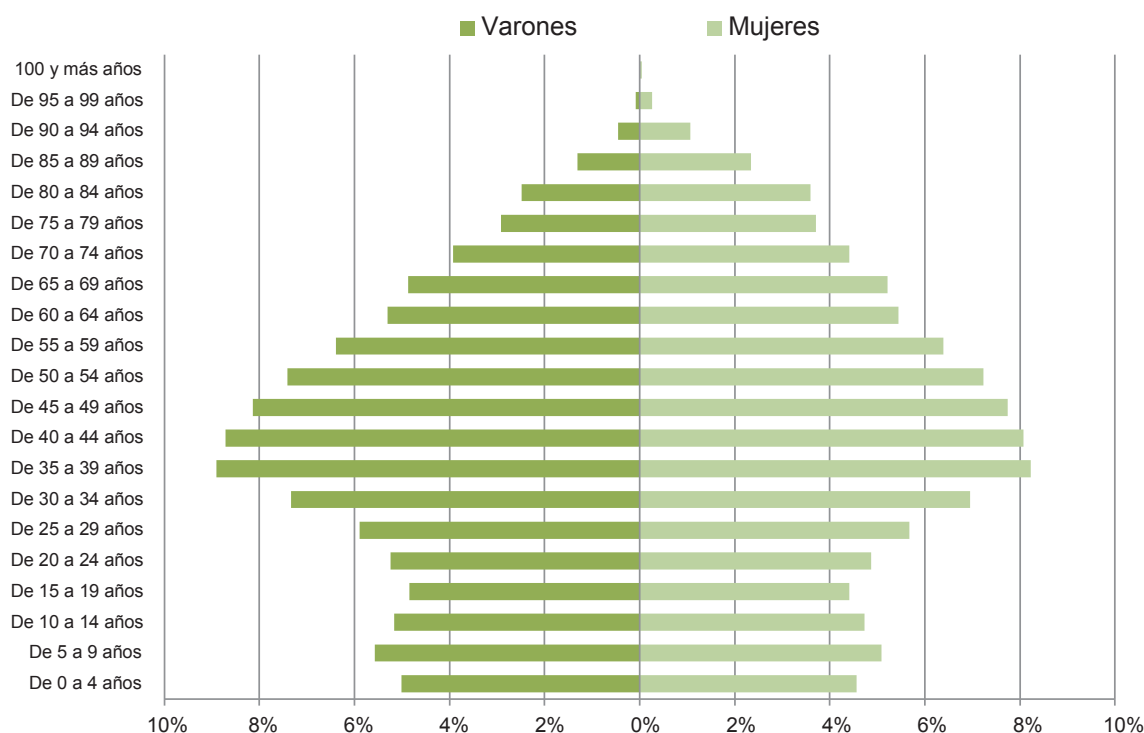
Una vez definida nuestra edad poblacional, nos centraremos en a quienes va dirigido el estudio y justificar nuestro esfuerzo de exposición de un problema ya conocido por todos, que tiene repercusiones físico-psico-socio-económicas, tanto en la adolescente, como en sus familias.

A nivel mundial, la población femenina menor de 19 años es de aproximadamente 587 millones, lo que representa un 7,67% del total²⁴.

1.2. Descripción poblacional

Según la pirámide poblacional en España, se presenta una moderada depresión en la base, síntoma de una población envejecida, por otra parte, típica del continente europeo y de países considerados del “primer mundo”. Es precisamente en el grupo poblacional de estudio, donde la pirámide presenta su mayor depresión.

Fig. 2. Pirámide Poblacional España 2016



Fuente: <http://www.injuve.es/>

Si actualmente no conseguimos el progreso de la juventud estamos condenados a vernos inmersos en un ciclo de decadencia, en el que los afectados son, en su mayoría, la población de mayor edad. Según los últimos datos del INE (2018), la

tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE²⁵) es de un 29,5% para los jóvenes menores de 18 años.

Para conocer el porcentaje del que hacemos referencia nos remitiremos a la población total de España, luego a la población de mujeres para posteriormente describir por edades y conocer su porcentaje.

Tabla 1. Descripción de la población total en España 2019

Población total	46.934.632
Hombres	23.007.862
Mujeres	23.926.770

Fuente: <https://www.ine.es/> Datos a 1 de enero de 2019.

Las mujeres en España representan un 51% de la población total.

Se intenta hacer coincidir los años de búsqueda y referencia con los de nuestro estudio. No siempre lo conseguimos.

Tabla 2. Población adolescente (10-19 años) en España por ambos sexos, mujeres y año (2014-2018)

		2014	2015	2016	2017	2018
10-14 años	Ambos sexos	2.308.009	2.345.436	2.395.916	2.448.365	2.505.629
	Mujeres	1.120.525	1.139.833	1.162.537	1.187.212	1.213.319
15-19 años	Ambos sexos	2.153.295	2.185.630	2.223.013	2.263.846	2.332.095
	Mujeres	1.045.326	1.060.191	1.077.898	1.096.394	1.129.357

Fuente: <https://www.ine.es/> Datos a 1 de enero de 2019.

Según el INE, en los últimos años se observa una tendencia al alza poblacional joven.

A 1 de enero de 2019, la población total en España era de casi 47 millones, de los que casi 5 millones representa al total de adolescentes, aproximadamente el 10,3% de la población.

Tabla 3. Población adolescente entre 10 y 19 años en España y la Región de Murcia (española/extranjera y ambos sexos)

	Total	Total adolescentes	Grupos de edades	
	Población	10-19	10-14	15-19
España	46.934.632	4.837.724	2.505.629	2.332.095
R. de Murcia	1.487.698	171.322	90.979	80.343
RM mujeres	743.566	84.629	43.887	40.742

Fuente: <https://www.ine.es/> Datos a 1 de julio de 2018.

En 2018, en la Región de Murcia, la población total era de 1.487.698, de los que 743.566 eran mujeres (84.629 adolescentes entre 10 y 19 años). Representaban un 11,4% de las mujeres de la región y un 3,6% de la población total de mujeres adolescentes en España (2.341.676)¹⁴.

1.3. Marco legal del adolescente

Hablando de consentimiento y legalidad, expondremos a continuación el contexto legal de la mayoría de derechos adquiridos y su edad correspondiente, para ubicarnos e intentar comprender algunas conductas o actitudes desafiantes de los jóvenes con sus padres (o tutores), que quieren y desean tomar sus propias decisiones pero que no tiene independencia económica.

Tabla 4. Edades y acto permitido para exponer nuestra situación a nivel legal en España.

Edad	Puede...
18 años	Obtener permiso de conducción A, B o superiores, tener licencia de arma de fuego, consumo de alcohol y tabaco, poder votar, entrar en la cárcel en caso de delito.
16 años	Obtener permiso de conducción A1, trabajar (con permiso de padres/tutores que no sea nocturno, peligroso, jornada máxima 8h, sin horas extra), emanciparse, tener relaciones sexuales consentidas, aborto con permiso de padres/tutores, casarse ²⁶ .
15 años	Obtener permiso de conducción AM.
14 años	Usar armas de caza o competición con permiso especial para menores (AEM), ir a un centro de internamiento en caso de delito.

Fuente: http://www.informajoven.org/info/derechos/H_2.asp

Así mismo, la Constitución Española²⁷ otorga una serie de derechos a todos los ciudadanos sin que el criterio edad afecte de manera diferente:

- Derecho a la dignidad personal (Art. 10).
- Igualdad ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (Art. 14).
- Derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes (Art. 15).
- Libertad ideológica, religiosa y de culto (Art. 16).
- Derecho a la libertad y a la seguridad (Art. 17).
- Derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (Art. 18).
- Derecho a elegir libremente residencia y a circular por el territorio nacional (Art. 19).

- Libertad de expresión, cátedra, creación literaria, científica, artística, técnica, a comunicar o recibir libremente información veraz (Art. 20).
- Derecho de reunión pacífica y sin armas (Art. 21).
- Derecho de asociación (Art. 22).
- Derecho a la educación y libertad de enseñanza (Art. 27).
- Derecho a la propiedad privada y a la herencia (Art. 33).
- Derecho a la protección de la salud (Art. 43).

1.3.1. Relaciones sexuales y matrimonio

Con un tema que genera mucha controversia, los análisis y conclusiones deben casi individualizarse en cada caso. Parece muy claro que, a edades tempranas, no deben tenerse relaciones sexuales, pero la realidad es que se dan. El problema actual que genera da como resultado un conflicto socio-legal al que nos enfrentamos, como personal sanitario, a situaciones que son difíciles de solucionar, sin vulnerar los derechos y la autonomía de las usuarias adolescentes. Entiéndase como autonomía la facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros, regido en España en el artículo 17.1 ley 41/2002 ley básica reguladora de la autonomía del paciente²⁸.

El problema de las relaciones sexuales tempranas se extiende al núcleo familiar, lo que puede suponer un fracaso, un trauma, una ruptura familiar o social y, en muchos casos, con consecuencias en el futuro de la adolescente. Para la justicia el problema se reduce a la edad de consentimiento de las relaciones sexuales (16 años) y las soluciones suelen ser prácticas y objetivas. Por ejemplo, en el caso de un menor de edad con mayor de edad, el mayor es reprendido, castigado y culpado²⁹.

El Comité de la Organización de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño sugirió una reforma del Código Penal español para elevar la edad del consentimiento sexual, adecuándose a las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de la Infancia, y así mejorar la protección que España ofrece a los menores, sobre todo en la lucha contra la prostitución infantil⁶.

Con la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria, se modifica la edad mínima de consentimiento de las relaciones sexuales y matrimonio a los 16 años (anteriormente en 13 y 14 años respectivamente)²⁶.

El vacío existe aún para aquellas adolescentes que, entre los 16 y 18 años, se encuentran con la capacidad legal de realizar actos de los que no comprenden la envergadura. Por ejemplo, una relación sin protección, no solo por tener como resultado una gestación no deseada y/o una interrupción voluntaria de la gestación, sino también la adquisición de enfermedades de transmisión sexual que pueden marcar su vida para siempre.

En países de ingresos medianos y bajos, más del 30% de las jóvenes contraen matrimonio antes de los 18 años (la mayoría de veces obligadas) y cerca del 14% antes de los 15 años.

1.4. Adolescencia y economía

En base a los datos obtenidos del Informe sobre la Juventud en España de 2016³⁰, que a su vez recoge los datos del INE, intentaremos ver cuáles son las principales fuentes de ingreso de los adolescentes y trataremos de ver su evolución, tomando como referencia el mismo informe de 2008³¹.

En 2008, el 66,3% de los adolescentes se mantenía del trabajo regular, frente al 59,4% que lo hacía en 2016. Con trabajos esporádicos, el 24,9% en 2008, frente al 21,7% en 2016.

En 2008, el 4,4% de los adolescentes se mantenía con becas y ayudas al estudio. En 2016, el dato es tan marginal que no aparece en el informe.

En general, aunque con porcentajes mínimos, en 2008, algunos adolescentes se mantenían con algún tipo de subsidio (pensión, ahorros, rentas o inversiones) en torno al 9,7%, frente a los datos de 2016 que apenas son significativos.

Si tomamos en cuenta el total de los jóvenes (entre 15 y 29 años) podemos decir que, en el período que separa ambos informes, ha disminuido levemente el trabajo regular como fuente de ingresos, aumentado claramente los ingresos por trabajos esporádicos; que el número de jóvenes que viven de algún tipo de subsidio o pensión ha aumentado del 4% al 6,2% y que casi se ha duplicado el número de jóvenes que viven de ahorros, rentas o inversiones.

Tabla 5. Fuentes de ingresos de los jóvenes con independencia económica según sexo y edad en 2008

	sexo			Grupos de edad		
	Total	Varones	Mujeres	15-19	20-24	25-29
Trabajo regular	82	84,4	79,3	66,3	79,6	88
Trabajos esporádicos	10,2	9,1	11,5	21,7	10,7	6,9
Una beca, ayuda de estudios	2,3	2	2,6	4,4	3,3	0,9
Subsidio de paro, desempleo	3,1	2,7	3,7	2,1	3,4	3,2
Otros subsidios o pensiones	0,9	0,5	1,2	2,2	0,8	0,6
Ahorros, rentas, inversiones	2,8	3,1	2,4	5,4	3	1,9
No Contesta	2,6	2	3,2	3	3,3	1,9
Total	103,9	103,8	103,9	105,1	104,1	103,4
(N)	3246					

Nota: Los porcentajes superiores al 100% son debidos a la posibilidad de indicar más de una respuesta.
Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2008.

Tabla 6. Fuentes de ingresos de los jóvenes con independencia económica según sexo y edad en 2016

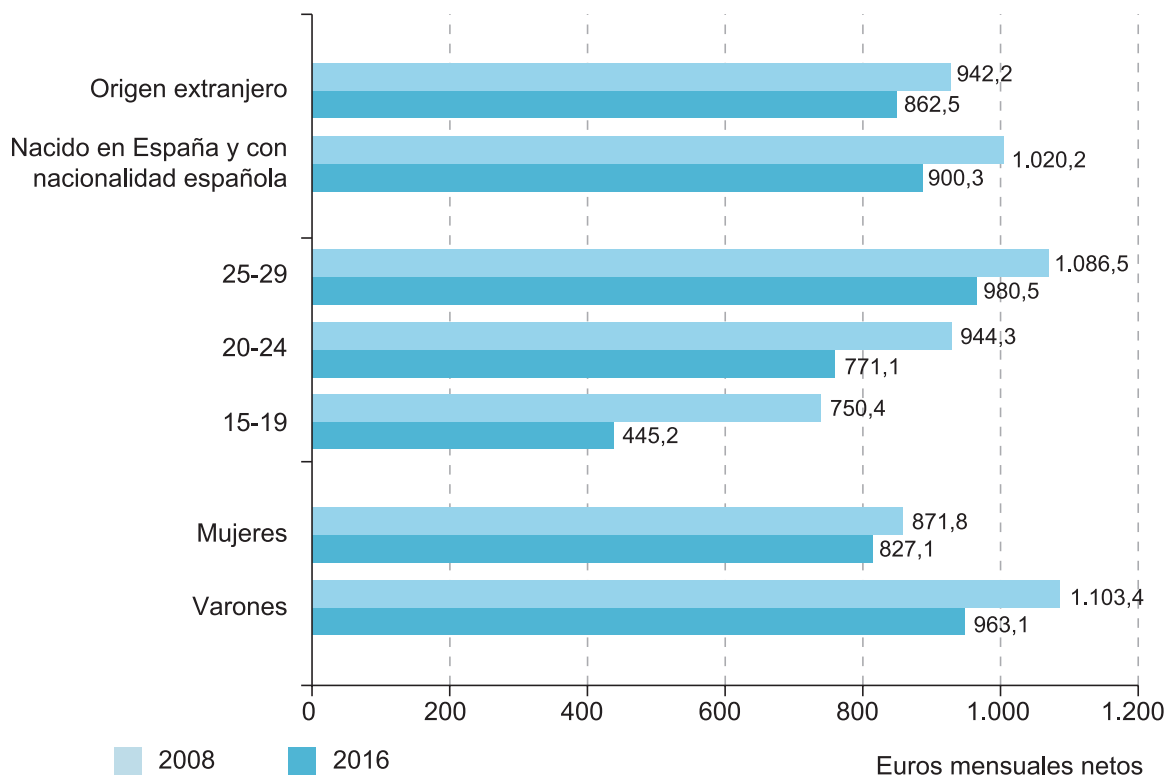
	Sexo			Grupos de edad		
	Total	Varones	Mujeres	15-19	20-24	25-29
Trabajo regular	81,4	81,6	81,2	59,4	74,4	85,7
Trabajos esporádicos	14,7	15,8	13,6	24,9	22	11,1
Una beca, ayuda de estudios	3,5	3,6	3,5	..*	5,0	2,3
Subsidio de paro, desempleo	4,1	3,7	4,5	4,9
Otros subsidios o pensiones	2,1
Ahorros, rentas, inversiones	5,3	5,0	5,6	..	6,5	4,5
Total	100	100	100	100	100	100
(N)	1739					

* Nota: En aquellos casos en los que el número de observaciones de la muestra es demasiado reducido no se incluyen los porcentajes.

Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2016.

Se observa un aumento en el trabajo regular a medida que avanza la edad.

En lo que se refiere a los ingresos personales mensuales de los jóvenes con independencia económica, se aprecia una caída desde 2008 a 2016 de la media de ingresos en todos los grupos analizados (Fig. 3).

Fig. 3. Media de ingresos personales de jóvenes con independencia económica, según sexo, edad y origen nacional 2008-2016

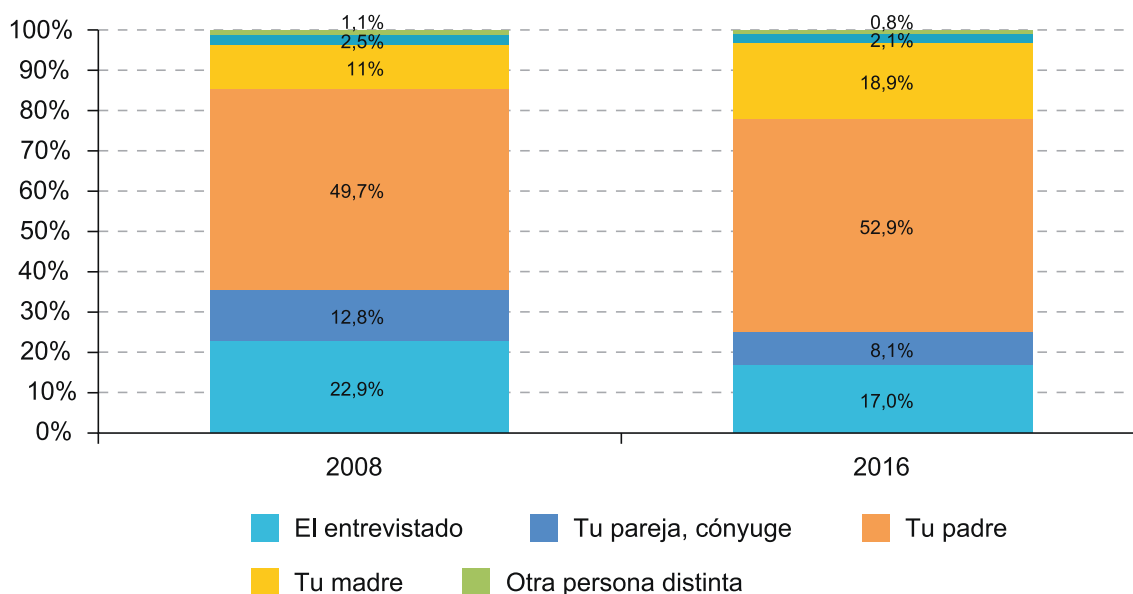
Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2016.

Aun siendo cierto este decrecimiento, se mantiene una constancia en la misma dirección. La media de ingresos personales es mayor en hombres que mujeres, mayor a medida que avanza la edad y mayor en jóvenes nacidos en España o con nacionalidad española que en jóvenes de origen extranjero. Sin embargo, sí hay un dato significativo, precisamente en el grupo de edad con el que estamos trabajando, el de los adolescentes entre 15 y 19 años: Entre ambas fechas, los ingresos medios en este grupo de edad se han visto reducidos de media en 305€, una caída del 40%. No deja de sorprender la reducida cantidad de ingresos, algo menos de 450€ mensuales, con que algunos jóvenes tienen que hacer frente a sus necesidades, ya que, según manifiestan, no dependen económicamente de nadie.

En el conjunto del colectivo juvenil y sin diferenciar entre aquellos que están emancipados y aquellos que no lo están, entre 2008 y 2016, se observa un descenso generalizado en los ingresos que aportan los jóvenes al hogar. A la vez se observa que son los padres los que han aumentado la aportación al hogar (Fig. 4).

Esta evolución está indicando que los efectos de la crisis siguen teniendo una repercusión negativa en la independencia económica de los jóvenes y, por lo tanto, repercutiendo negativamente en su emancipación total.

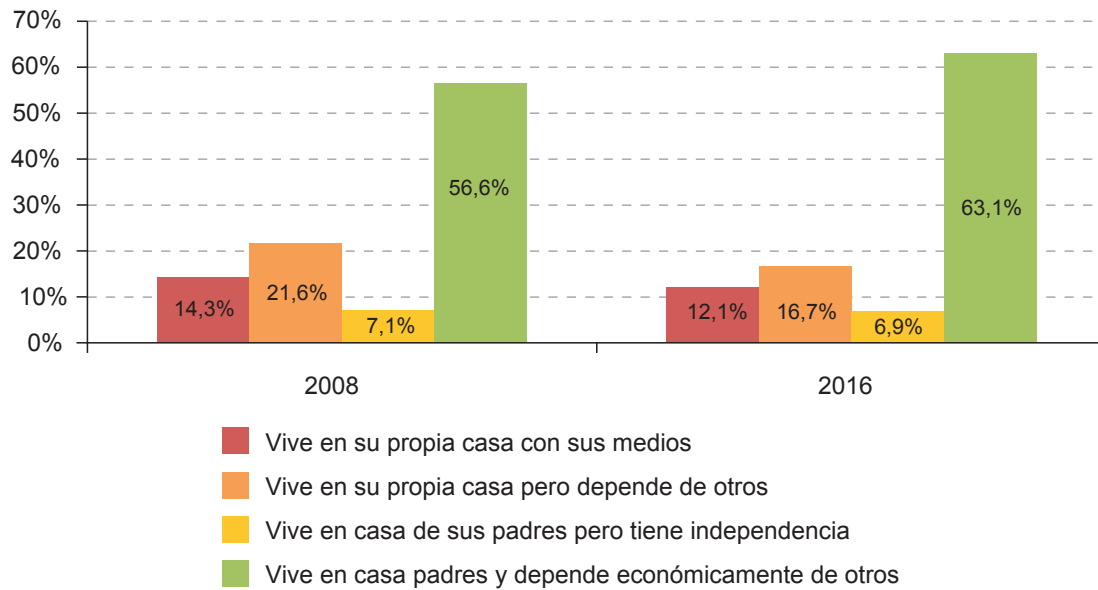
Fig. 4. Persona que aporta más ingresos al hogar (2008-2016)



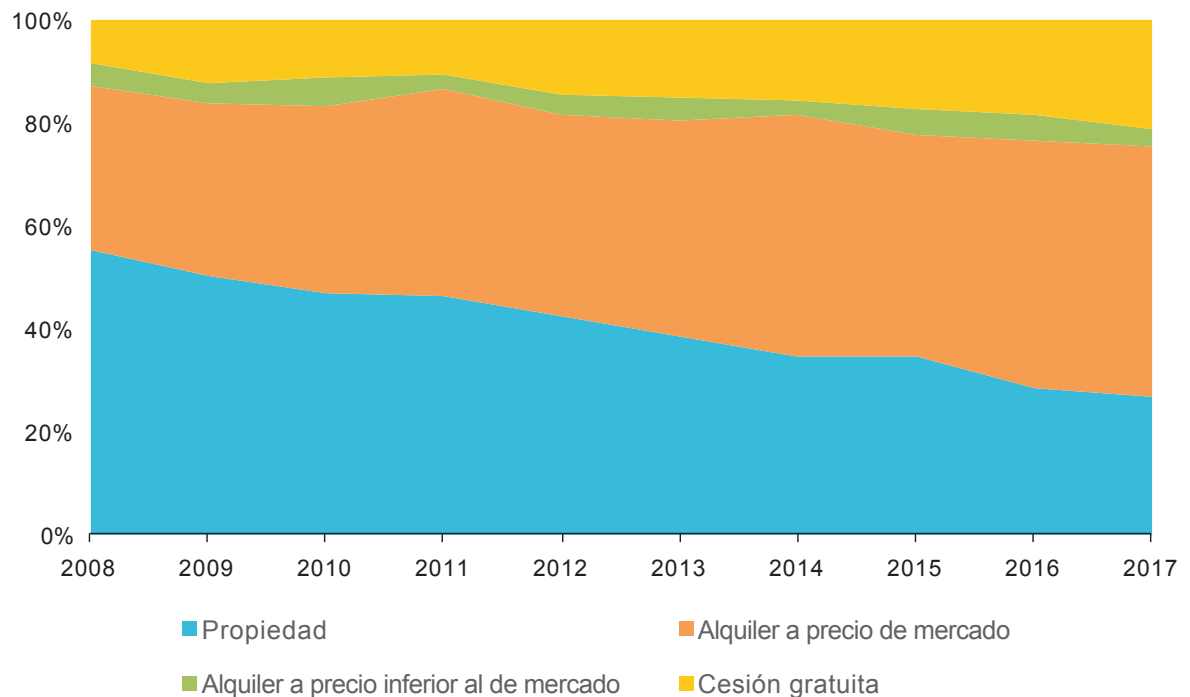
Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2016*

*Nota: En 2016 el 3 % (149 personas) del total de jóvenes No contestan cuando se les pregunta sobre la persona que más ingresos aporta al hogar. En 2008 tan solo el 0,6 % (31 personas) de los jóvenes No contestan cuando se les realiza esta pregunta. De las tablas y gráficos que a continuación se presentarán se han excluido siempre los no contestan.

En el gráfico siguiente (Fig.5) se puede ver la tendencia a la baja del porcentaje de jóvenes, tanto de los que viven por cuenta propia y sus medios como de los que no lo hacen, pero dependen de otros y un aumento significativo de los que viven con los padres y dependen económicamente de otros (sin especificar quienes)³⁰.

Fig. 5. Situaciones de independencia/dependencia económica y residencial de los jóvenes en 2008 y 2016

Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2016.

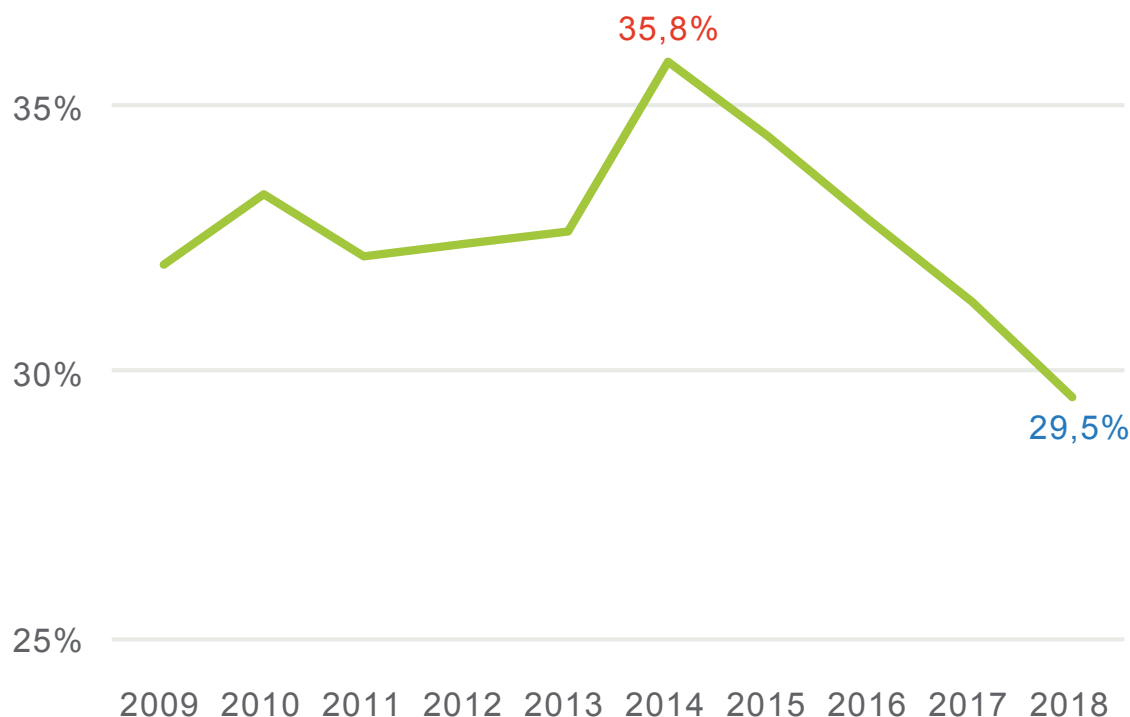
Fig. 6. Evolución de la tenencia de la vivienda en los jóvenes (2008-2017)

Fuente: Elaboración propia. Datos INE.

En el gráfico anterior (fig. 6) podemos apreciar la evolución de la tenencia de vivienda en hogares jóvenes. La tendencia general en los últimos diez años se ha invertido. En 2008, casi un 55% de los hogares jóvenes eran en propiedad, frente a un 36,5% que residían en régimen de alquiler. En 2017, el 26,5% son en propiedad, frente al 52,2% que lo son en alquiler. Las viviendas cedidas también han ido en aumento, del 8,7% en 2007 al 21,4% en 2017.

Asociado a los indicadores anteriores, nos encontramos con que el colectivo de adolescentes es uno de los más vulnerables. Según la Encuesta de Condiciones de Vida la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) para la población menor de 18 años había crecido del 32% en 2008 al 35,8% en 2014. A partir de esa fecha, el aumento del PIB y el descenso del desempleo propicia un descenso paulatino hasta el 29,5% en 2018.

Fig. 7. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) en menores de 18 años en España entre 2009 y 2018



Fuente: Elaboración propia. Datos INE.

1.5. Escolaridad

El entorno familiar es el pilar fundamental para la adquisición de valores en los niños y adolescentes. Las instituciones educativas son solo un complemento que, sin duda, es crucial para la obtención de conocimientos.

Mostraremos que, cada vez más, por situaciones antes descritas, la mayoría de jóvenes buscan un trabajo y abandonan los estudios, lo que hace aumentar la tasa de paro para este grupo poblacional, así como la precariedad. El hecho de no prepararse cuando deben incrementa el problema para aceptar luego que no pueden progresar sin preparación y son pocos los que consiguen compaginar trabajo y estudio.

En España la enseñanza es obligatoria hasta los 16 años, lo que ayuda a mantener un nivel educativo mínimo³².

1.6. Salud en la adolescencia

La población de estudio es un grupo a medio camino entre el pediatra y el médico de atención primaria y, muchas veces, entre ambos, pierden la oportunidad de brindar mejor atención o derivaciones que no llegan a tiempo⁸.

El tema cobra importancia desde la atención a las pacientes desplazadas, como a las pacientes inmigrantes, ya que muchas veces no hay ni corroboración con el calendario de vacunación, lo que produce un riesgo para la población³³.

Según la Ley de salud sexual y reproductiva¹³, toda mujer tiene derecho a la atención durante el embarazo, parto y puerperio, así como las inmigrantes menores de 18 años, por lo que no hay excusas por parte de las usuarias, ni deben existir objeciones por parte del personal sanitario y/o administrativo para su atención. Queda pendiente realizar un análisis nutricional como factor coadyuvante con repercusión negativa en la gestación³⁴.

A continuación, nos centraremos en los problemas relacionados con el estudio, como salud sexual y reproductiva¹³, enfermedades de transmisión sexual, interrupciones voluntarias del embarazo y contracepción.

1.6.1. Situación de la salud sexual y reproductiva

Según la web del Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social³⁵, una sexualidad sana incluye tres conceptos básicos:

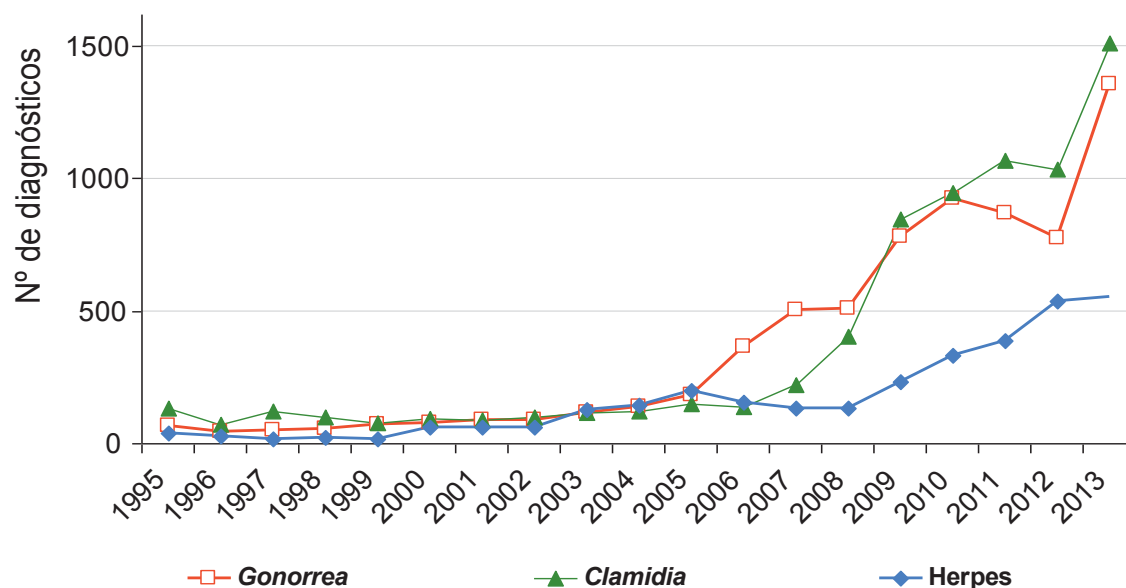
- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social.
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la vivencia de la sexualidad o perturben las relaciones sexuales³⁶.
- La ausencia de trastornos orgánicos y de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.

Actualmente, hay mucha información disponible en todos los medios de comunicación y, como personal sanitario, debemos orientar a los jóvenes para que asimilen la información adecuadamente.

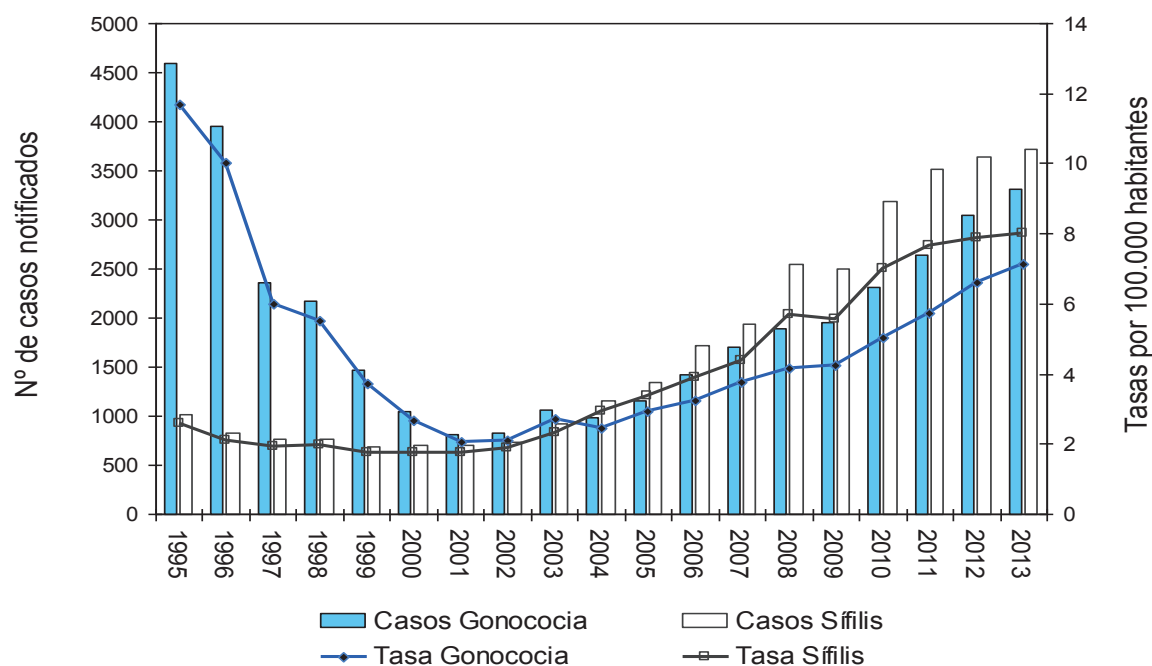
1.6.2. Enfermedades de transmisión sexual

Más de treinta enfermedades bacterianas, virales, fúngicas y parasitarias pueden ser transmitidas por vía sexual, en este apartado sólo se analizan aquellas más relevantes y de las que se tienen datos epidemiológicos, según el Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.

En España el registro de las EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria), solo incluye dos enfermedades de transmisión sexual (sífilis y gonococia)³⁷. La tasa de incidencia de sífilis ha disminuido desde el año 1984 hasta 1997 en más de ocho puntos (de 10,3 a 1,94 por 100.000 habitantes). A partir de entonces se ha observado una estabilización de esta enfermedad en nuestro país, pero no su abolición.

Fig. 8. Diagnósticos microbiológicos de ITS. España 1995-2013

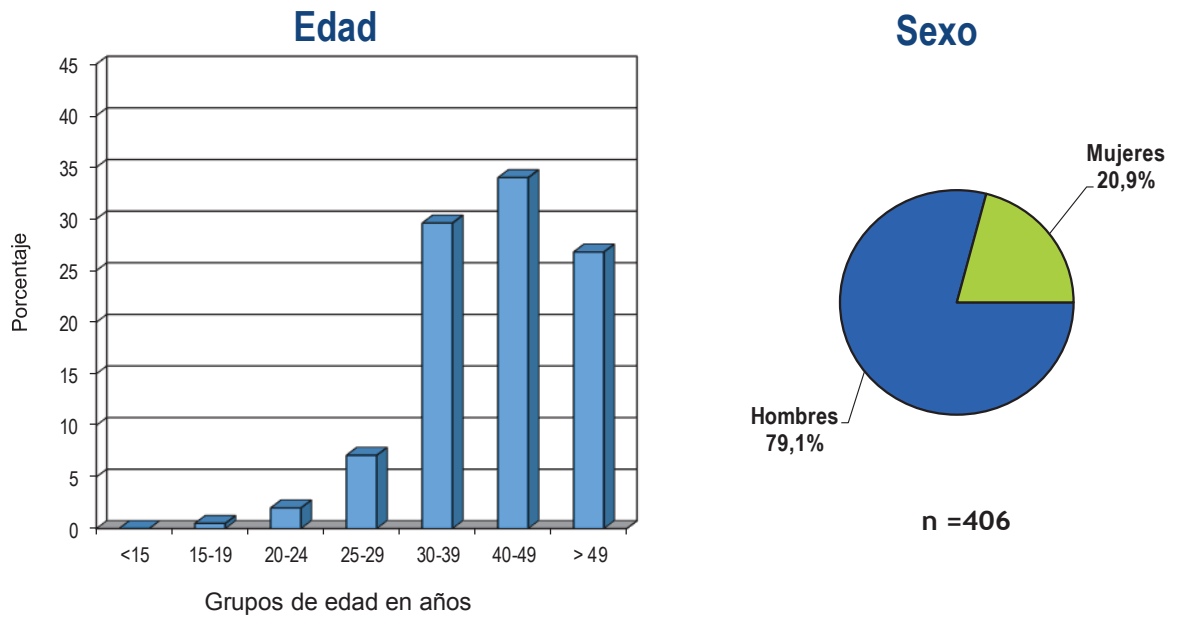
Fuente: Sistema de Información Microbiológica. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Fig. 9. Incidencia de infecciones de transmisión sexual N° de casos y tasas por 100.000 hab. España 1995-2013

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología.

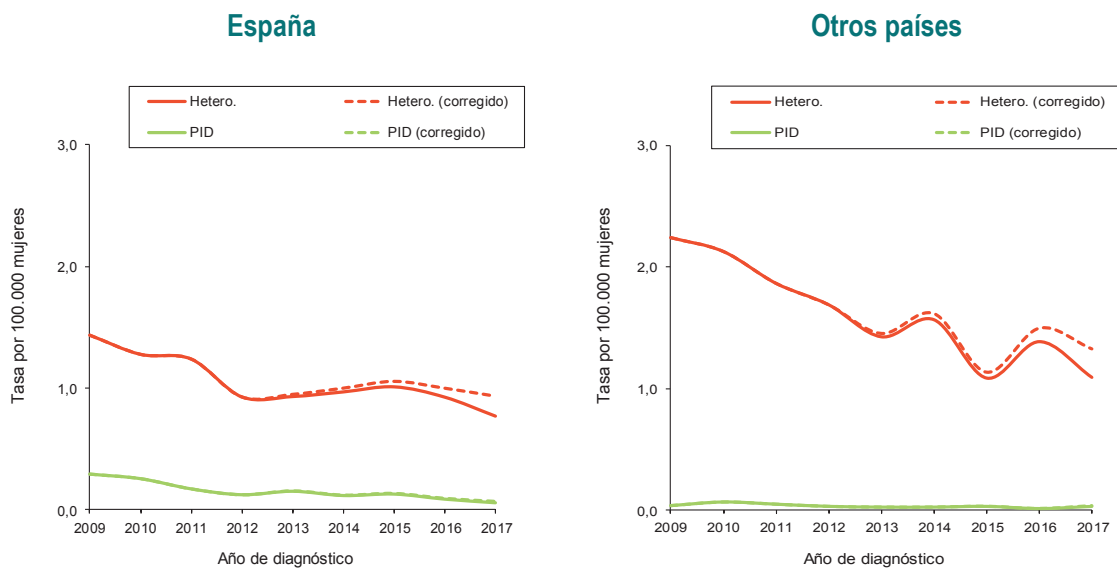
El número de casos por gonorrea, clamidia o sífilis se mantiene en números bajos hasta el año 2000. Es a partir de entonces cuando se inicia un ascenso casi exponencial, podemos suponer que existe confianza en la no adquisición de ETS y la poca utilización de métodos de barrera, según la SEC, en 2018 es de un 30,7% para los adolescentes (tabla 7).

Fig. 10. Casos de sida diagnosticados en España* en 2017. Distribución por edad y sexo



Fuente: Informe VIH Sida 2018. Registro Nacional de Sida. Datos no corregidos por retraso en la notificación.
 * Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de la Comunidad Valenciana ni de Cataluña.

Fig. 11. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales por modo de transmisión y lugar de origen. España*, 2009-2017



Fuente: Informe VIH Sida 2018. Registro Nacional de Sida. Datos no corregidos por retraso en la notificación.
 * Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla.

Según el Informe VIH Sida 2018³⁸ que elabora el Registro Nacional de Sida, observamos, en ambos sexos, casos de sida en adolescentes, aunque el número de casos más significativos, los encontramos en edades superiores a los 30 años, de los que casi un 21% eran mujeres (fig. 10).

Las tasas de nuevos diagnósticos de transmisión heterosexual son decrecientes en hombres de cualquier procedencia; entre las mujeres, desciende la tasa en extranjeras, aunque con fluctuaciones más acentuadas, en todo el periodo, mientras que en las españolas este descenso se estabiliza entre 2012 y 2017 (fig. 12).

Es necesario incrementar la información sobre las enfermedades de transmisión sexual, aunque no sean todas de declaración obligatoria, y preocuparnos por todos los seguimientos hasta la negatividad de las serologías y crear una conciencia social de la utilización de los distintos métodos de barrera en toda la población, desde la adolescencia, para evitar males mayores que acaben repercutiendo también de forma negativa en el gasto del sistema sanitario. Habría que realizar controles de contactos, para reducir la infección, y aumentar las medidas de protección, así como la educación sexual. Actualmente es importante que los jóvenes tomen conciencia para evitar riesgos que afecten de por vida su desarrollo³⁹.

1.6.3. IVEs

IVE (interrupción voluntaria del embarazo) es el procedimiento donde se busca terminar de manera consciente el embarazo en curso. De ninguna forma debe considerarse un método contraceptivo.

Según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo¹³, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en el Art. 14, podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

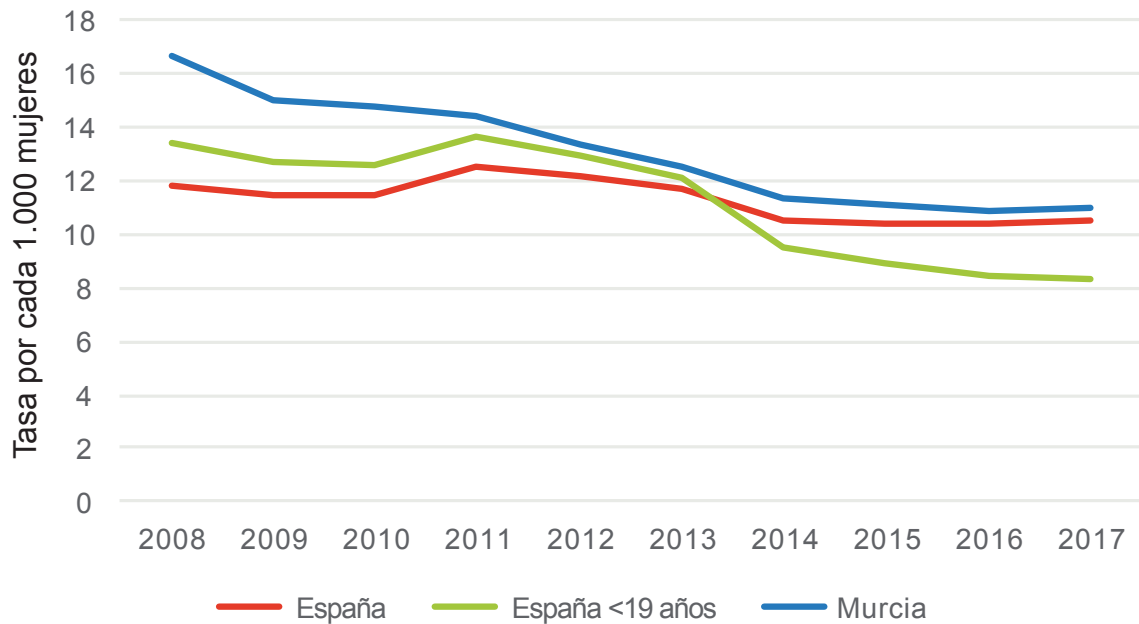
- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a) que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.
- b) que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

- c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Fig. 12. Comparación de IVEs por cada 1.000 mujeres, en total y en adolescentes, en España y en la Región de Murcia entre 2008 y 2017



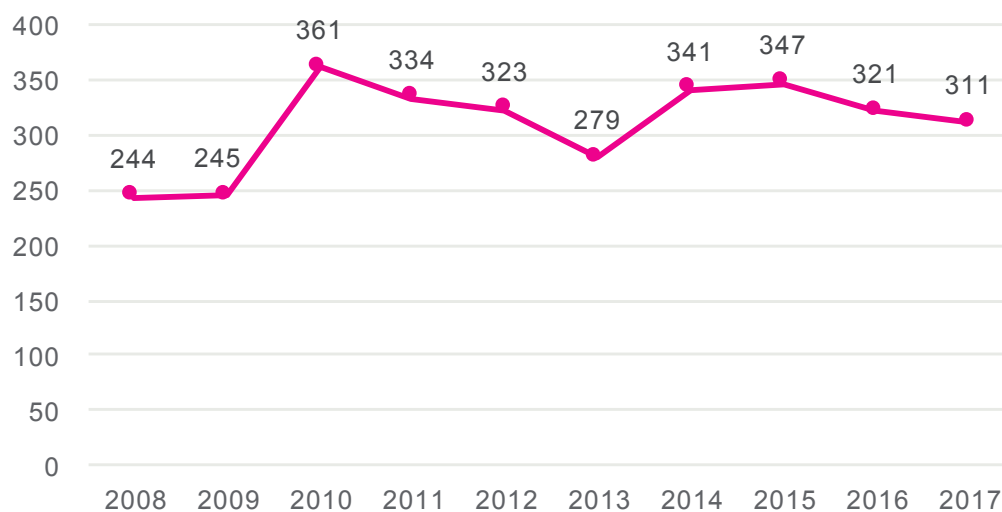
Fuente: Elaboración propia. Datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.⁴⁰

Se produce un descenso generalizado de las IVE hasta el año 2014. Desde entonces se ha producido un estancamiento a nivel general. Lo mismo ocurre con la Región de Murcia, cuyo descenso, pese a haber sido mucho más pronunciado, se mantiene por encima de la media, sufriendo el mismo estancamiento que a nivel nacional, pero manteniéndose por encima de él.

En el caso de las adolescentes, solo disponemos de los datos generales. Los datos se mantenían por encima de la media nacional hasta 2013, empezando un descenso desde entonces hasta situarse casi dos puntos por debajo, aunque empieza a mostrar signos de estancamiento en los últimos dos años.

Área III del SMS

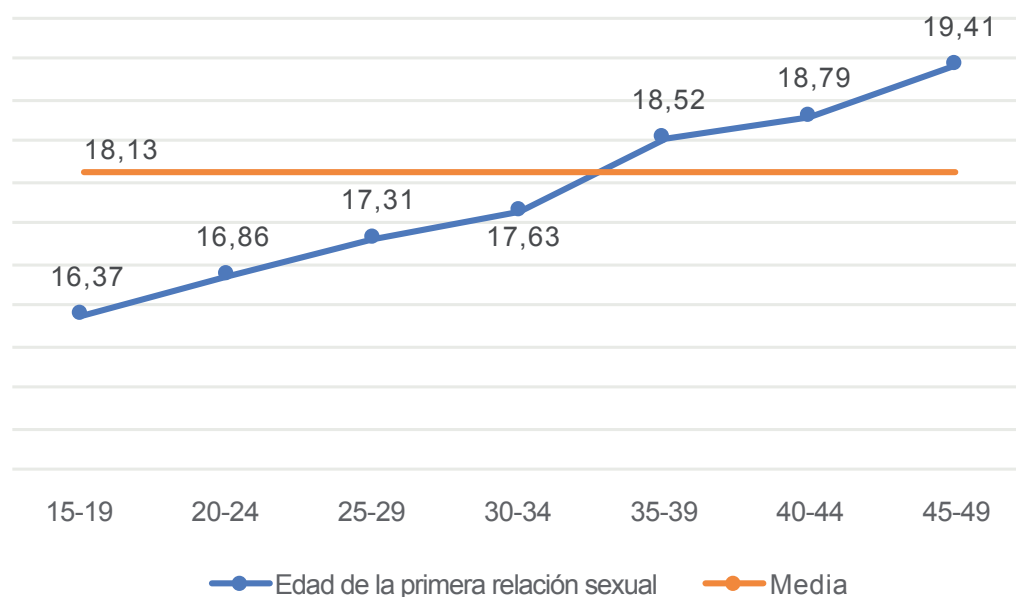
Dentro del Área III del SMS, los datos fueron en aumento a partir de la segunda década del siglo XXI y aun con pequeñas fluctuaciones anuales, las cifras se mantienen estancadas en cifras superiores a las 300 IVEs anuales.

Fig. 13. Total de IVEs por año en la última década en el Área III

Fuente: Elaboración propia. Datos de Trabajo Social del HGURM

1.6.4. Contracepción

Avanzando con el estudio, iniciaremos con la descripción de las prácticas sexuales en España. La edad de inicio de relaciones sexuales, según el Observatorio de la Sociedad Española de Contracepción, para la encuesta de 2016 realizada a 2200 mujeres de entre 15 y 49 años, la edad era de 16,29 años. En el grupo de entre 15 y 19 años, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es de 16,37 años. Para 2018, de una serie de 1800 mujeres entrevistadas entre 14 y 49 años, el dato se mantiene, a pesar de todas las medidas y programas de apoyo que se están realizando a nivel nacional, para mejorar la atención.^{41 42}

Fig. 14. Edad de la primera relación sexual por grupos de edad en mujeres

Fuente: Elaboración propia. Datos del Observatorio de la SEC, 2016.

Según la misma encuesta, la mayoría de la población si utiliza preservativo (81%) durante la primera relación sexual. Es preocupante, ese otro 19% que no lo utiliza. Dentro de la población adolescente el dato indicativo se mantiene sobre la media (82,5% que si utilizan preservativo frente al 17,1% que no).

En el estudio de 2016, según el estudio anteriormente descrito, un 72% sí conoce el doble método (anticonceptivo + preservativo) y un 97% de la población entrevistada que sí conoce los métodos de urgencia (píldora del día después).

Del estudio también se obtiene que un 24,7% de la población no utiliza un método regularmente.

En el estudio de la SEC para 2018, el 91,3% afirmaba haber usado el preservativo durante la primera relación sexual, con utilización de algún método anticonceptivo durante la primera relación el 96,7%.

El preservativo continúa siendo el método más utilizado con un 29,5%, seguido de la píldora con un 17,3%. Dentro de nuestro grupo de estudio (15 a 19 años), el preservativo es el método más utilizado en un 46%, seguido de la píldora con un 21%. Lo realmente alarmante es que un 30,7% no utilizaron ningún método, quedando expuestas, no solo a una gestación no planificada, sino a adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS).

Para mostrarlo de forma más esquemática se describen las cifras en la siguiente tabla.

Tabla 7. Resumen del Observatorio de la SEC. 2016 y 2018

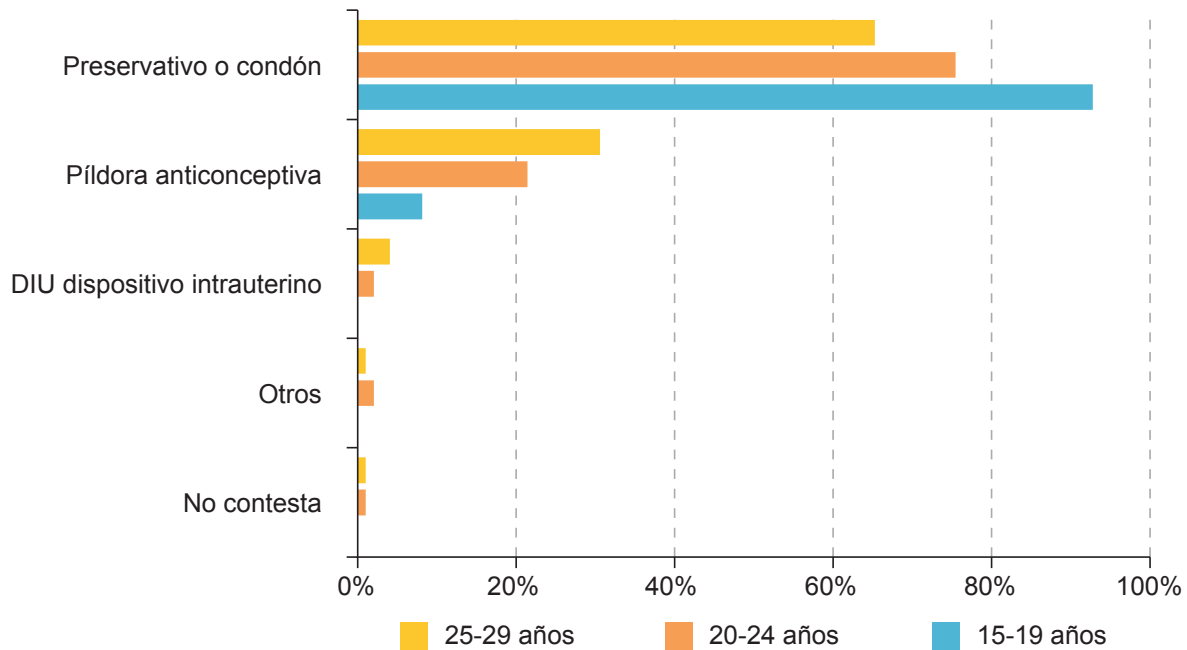
Año	Uso de preservativo en la primera relación	15-19 años uso de método	Relaciones sexuales sin método contraceptivo	Utilización de preservativo	Ningún método 15-19 años
2016	81%	82,5%	59%	27,4%	49%
2018	91,3%	96,7%	28%	46%	30,7%

Fuente: Elaboración propia. Datos del Observatorio de la SEC, 2016 y 2018.

Seguiremos trabajando para que ese porcentaje que no utiliza método sea llevado lo más cercano a cero para disminuir el riesgo de una gestación no planificada y/o no deseada.

Según la bibliografía consultada para la realización de un estudio, nos hemos encontrado con que, en la mayoría de las publicaciones sobre la anticoncepción poscoital, se habla de los adolescentes como grupo de especial, conociendo que hay especial riesgo y complicaciones. La mayoría de veces existe falta de asesoramiento y posibilidad de repetir el método por no tener la suficiente apertura para con los padres o en buscar ayuda profesional, o no recibirla a pesar de buscarla^{43 44}.

Fig. 15. Métodos anticonceptivos empleados en la última relación sexual por parte de los jóvenes (15-29 años), según grupos de edad. 2016



Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España 2016.

Entre aquellos que utilizaron anticonceptivos en la última relación sexual el más usado fue el preservativo, tanto entre los varones (81%), como entre las mujeres (65%), situándose en segundo lugar la píldora, con un 16% en el caso de los hombres y un 28% en el de las mujeres. En tercer lugar, se sitúa el DIU dispositivo intrauterino (2% vs 3%). El resto de los métodos anticonceptivos (la píldora del día después, el coito interrumpido, los métodos naturales, el anillo o el parche) obtuvieron un porcentaje inferior al 0,5%.

También se puede observar que según aumenta la edad de los jóvenes, disminuye el porcentaje de uso del preservativo (del 91% entre los 15 y 19 años al 64% entre los 25 y 29 años), mientras aumenta el uso de la píldora anticonceptiva (del 8% entre los 15 y 19 años al 30% entre los 25 y 29 años)³⁰.

Todo señala que, mientras a edades más tempranas se hace un uso mayoritario del preservativo, a medida que aumenta la edad la píldora anticonceptiva va ganando terreno. Aunque es complicado tratar de interpretar la compleja manera de gestionar la sexualidad por parte de las parejas jóvenes, pueden apuntarse varios elementos explicativos para este cambio conforme se hacen mayores³⁰:

- un traslado de la responsabilidad del ámbito masculino al femenino.
- un factor de desconfianza hacia los hombres o de búsqueda de seguridad por parte de las mujeres.
- la búsqueda de una solución más estable.

Tabla 8. Métodos más utilizados por las pacientes de 15 a 19 años según el Observatorio de la Sociedad Española de Contracepción. 2018

	Total	15-19 años
Preservativo	29,6%	46%
Píldora	17,3%	21%
Mini píldora o píldora de solo gestágenos	0,1%	-
DIU de cobre	4,3%	1%
DIU hormonal	4,3%	-
Anillo vaginal	2,9%	-
Parche (pegado a la piel)	0,7%	-
Inyectable (trimestrales)	0,2%	1,2%
Implante subcutáneo	1%	-
Diafragma	0,1%	-
Coitus interruptus (marcha atrás)	1,2%	-
Métodos naturales de control y abstinencia periódica	0,2%	-
Otro	0,7%	-
Ligadura de trompas/método Essure (oclusión tubárica)	5,4%	-
Vasectomía de la pareja	4,3%	-
Ninguno	27,8%	30,7%
NS/NC	0,2%	-

Fuente: Elaboración propia. Datos del Observatorio de la SEC, 2016.

Las adolescentes que ya han iniciado relaciones utilizan el preservativo solo en un 46% según la SEC, seguido de la píldora en un 21%.

Ya se han descrito estadísticas a nivel nacional, ahora expondremos los datos a nivel de nuestra Comunidad.

Dentro de la Región de Murcia, los métodos más utilizados son los de corto plazo, que coinciden con los que tienen más porcentaje de fallo o peor índice de Pearl⁴⁵.

Es de destacar, en Murcia y Lorca, el aumento en el uso de métodos de larga duración, aunque se desconocen los datos del total de la población de la región al no haber estudios sobre ello.

Tabla 9. Comparativa de utilización de métodos contraceptivos (2015-2017)

		2015	2016	2017
Método corto plazo	Área III	95.097	97.949	100.623
	Murcia	700.866	720.611	722.435
	España	21.771.584	21.976.914	22.107.267
		2015	2016	2017
Píldora financiada	Área III	50,61%	56,54%	61,06%
	Murcia	47,53%	53,59%	58,11%
	España	43,13%	48,74%	53,22%

		2015	2016	2017
Píldora no financiada	Área III	38,97%	34,27%	30,57%
	Murcia	42,23%	37,15%	33,28%
	España	41,82%	37,40%	33,79%
		2015	2016	2017
LARC	Área III	147	201	237
	Murcia	730	817	987
	España	43,13%	48,74%	53,22%

Nota: Los métodos a corto plazo y LARC incluyen toda la venta de farmacia, tanto privada como pública.

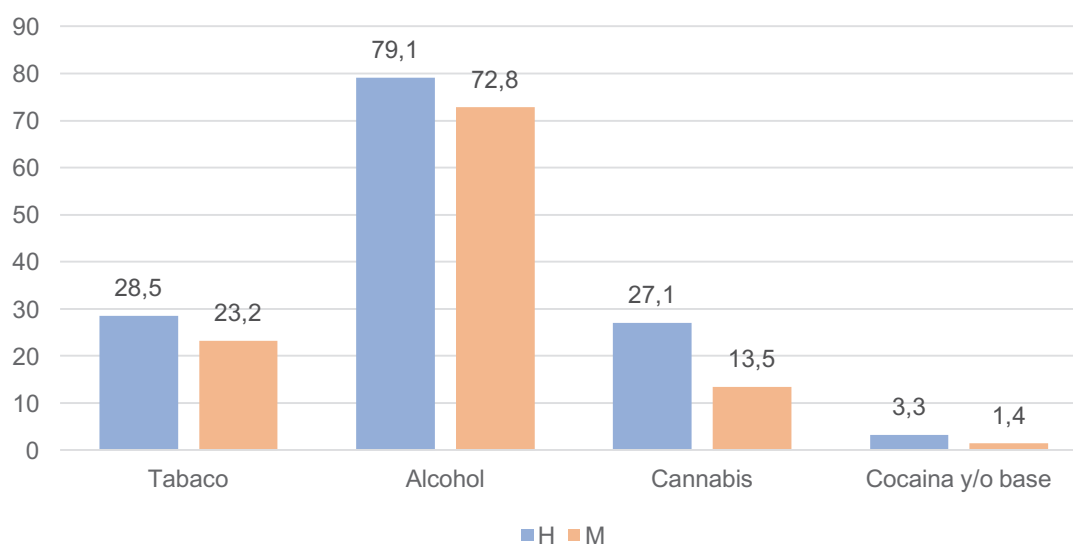
Fuente: Elaboración propia. Datos: MSD (obtenidos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).

Se entiende como método de corto plazo el que tiene una duración mensual (píldora, anillo, parche) y método de largo plazo el que tiene una duración superior (DIU e implante). Hay un descenso en el uso de la píldora no financiada y una tendencia al alza en la utilización de métodos contraceptivos con el paso de los años.

1.6.5. Drogas legales e ilegales

Dentro de los comportamientos de riesgo de los adolescentes, que pueden incrementar la pérdida de control y el desencadenamiento de sucesos con repercusiones irreversibles está el consumo de drogas. La adolescencia es una etapa vulnerable para el inicio de lo que puede ser una novedad o una adicción¹¹¹.

Fig. 16. Proporción de población de 15-24 años que ha consumido alguna de las principales drogas en los últimos 12 meses, divida por sexos para el año 2017



Fuente: Elaboración propia. Datos Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) 2017.

El poli consumo (de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo), aumenta los riesgos del consumo de drogas ilegales, potenciando los efectos de unas sobre otras, reforzando la adicción, interfiriendo en el diagnóstico y dificultando el tratamiento.

En el marco temporal de los últimos 12 meses, el 41,2% de la población consumió dos o más sustancias diferentes, es decir realizó poli consumo, porcentaje muy similar al obtenido en 2015 (41,7%). Por otro lado, el 42,3% de los individuos consumieron una única sustancia.

En relación al consumo de tres sustancias diferentes en los últimos 12 meses, las mayores prevalencias se registran en los jóvenes de 15 a 24 años, siendo notablemente superior el porcentaje de los hombres frente a las mujeres (19,1% y 10,6%, respectivamente).

El consumo se relaciona con la pérdida de control y mayor riesgo de relaciones sexuales sin consentimiento y/o desprotegidas.

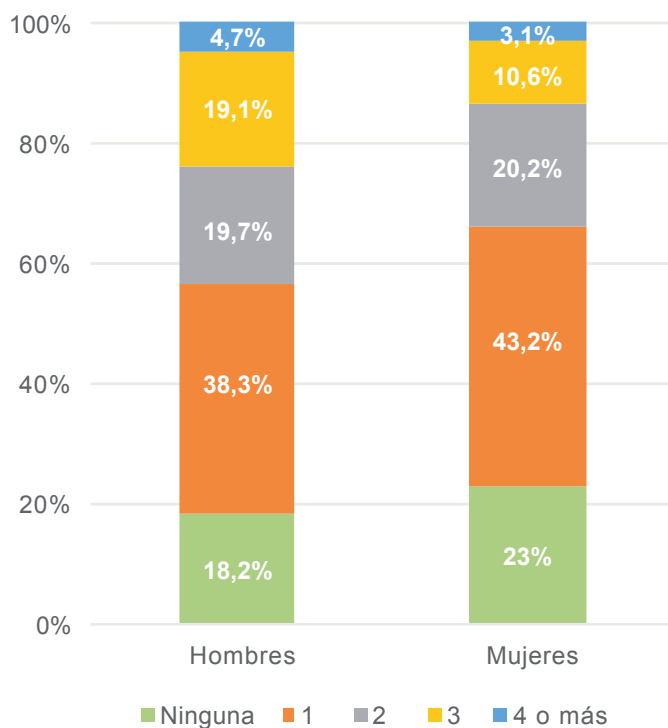


Fig. 17. Prevalencias de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-24 años, según sexo y edad (%). España, 2017.

Fuente: Elaboración propia. Datos Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) 2017.

1.7. Inmigración

Se considera que los movimientos poblacionales tienen gran repercusión a nivel cultural, social, económico. España no está situado en el mejor ranking educativo y es también importante hacer ver que las costumbres que se traen no siempre se dejan u olvidan. Hay grupos poblacionales que no consiguen nunca adaptarse, con lo cual es importante conocerlas para poder ayudarles. En la siguiente tabla podemos ver un desglose, por origen sexo y edad (solo adolescentes entre 10-19 años) de la población española y de la Región de Murcia con fecha del 1 de enero de 2019 (cifra provisional)³³.

Tabla 10. Población española y de la Región de Murcia según lugar de nacimiento edad y sexo. 2018

Edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Total	10-19	Total	10-19	Total	10-19
Total de población						
Total España	47.007.367	4.811.530	23.033.803	2.474.181	23.973.564	2.337.349
Murcia, Región de	1.493.530	175.770	747.516	90.647	746.014	85.123
Nacidos en España						
Total España	40.264.419	4.300.148	19.771.536	2.211.397	20.492.883	2.088.751
Murcia, Región de	1.255.014	158.106	620.989	81.272	634.025	76.834
Nacidos en el extranjero						
Total España	6.742.948	511.382	3.262.267	262.784	3.480.681	248.598
Murcia, Región de	238.516	17.664	126.527	9.375	111.989	8.289

Fuente: <https://www.ine.es/> Datos provisionales a 1 de enero de 2019.

Remitiéndonos a las adolescentes de la Región de Murcia, de las 85.123 censadas, el 90,2% son nacidas en España, frente al porcentaje de la población adolescente de todo el territorio nacional que es del 89,4%. El total de adolescentes extranjeras censadas en la Región de Murcia representa un 9,8% del total de adolescentes, frente al 10,6% del total de España¹⁴.

1.8. Padres y sexualidad adolescente

Es importante situarnos en la problemática actual, si bien es cierto que estudiaremos el embarazo como producto de una relación consentida o no, dentro de la población adolescente es importante saber que el embarazo, como tal, puede ser un mal menor dentro de una relación sexual precoz, no así las enfermedades de transmisión sexual o la interrupción voluntaria de embarazo.

Dar a conocer a los padres la ley de SSyR, mejorar las herramientas de comunicación con los adolescentes, darles la posibilidad de solicitar ayuda en situaciones de descontrol o pobre comunicación con sus hijos. Esta descrito un fenómeno de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación por parte de los padres que puede confundirse con complicidad y se presenta en padres que exigen y controlan rigurosamente a las hijas principalmente.⁴⁶

1.9. Embarazo y adolescencia

Según la OMS, unos 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años y, aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años, dan a luz cada año. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre los 15 a 19 años en todo el mundo^{4 47}.

El riesgo de morir durante el parto es dos veces mayor en este grupo poblacional y asimismo sus hijos son más vulnerables a los riesgos de salud^{5 48}.

Generalmente un embarazo no planificado y/o no deseado supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida por lo que constituye para las jóvenes un problema más social que médico. En España las diferencias entre comunidades autónomas son importantes, así, mientras que en Navarra la tasa de embarazos por mil mujeres de 15-19 años es de 3,97, en Canarias alcanza el 20,59 por cada mil. Según el manual de salud reproductiva en la adolescencia la tasa de embarazo por mil en España es de 12,39⁴².

1.9.1. Causas de los embarazos a edades tempranas

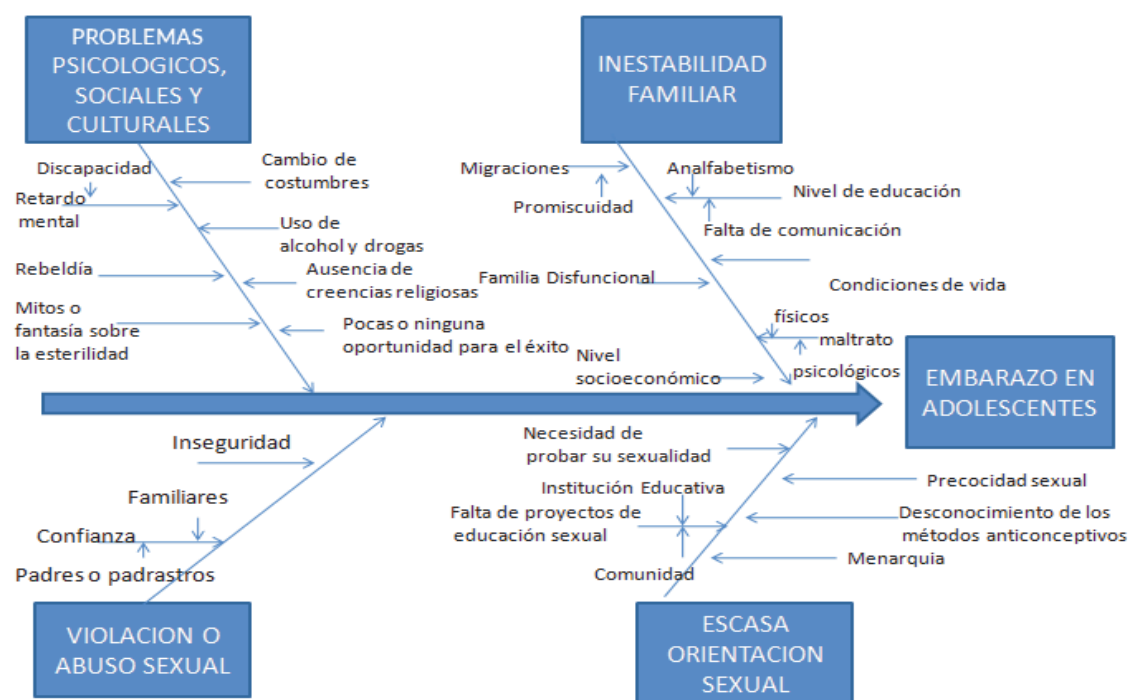
Según un estudio publicado a nivel de Latinoamérica⁴⁹, realizado por una organización colombiana, hay un complejo entramado de causas, razones o motivos que tienen como consecuencia final una gestación en una joven adolescente, con todo lo que ello conlleva (complejidad ambiental, limitación en superación académica y por lo tanto limitación laboral). Un ciclo que debemos (y tenemos la obligación de) romper para que no se produzcan de nuevo los mismos daños a nivel personal, volviéndolo un vicio de difícil solución, que solo evoluciona a problemas de mayor repercusión en la vida de todos los afectados.

Hay demasiado ambiente causal entre inmigración, matrimonio adolescente, bajo nivel cultural, costumbres, creencias religiosas, repetición de un ciclo de violencia o desestructuración social, visto como normalidad, que debemos iniciar describiendo detalladamente cada una de las posibles razones⁴⁷.

En España el embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante, hay dos hechos determinantes que son: el inicio precoz de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos contraceptivos. Están implícitos la adquisición de modelos de padres a hijos, condiciones socioeconómicas bajas e ignorancia. La poca previsión de la prevención en las primeras relaciones, debido a un factor desafiante o asunción de comportamientos de riesgo propios de esta edad, aunado a comportamientos de experimentación e introducción de novedades como drogas, que se convierten en malas consejeras con consecuencias irreversibles²⁹.

Acompaña una serie de evidencias y desequilibrios socioculturales de los que no debemos permanecer incólumes. Es necesario que todas nuestras jóvenes tengan accesibilidad a la información y formación, ante una situación que puede alterar sus vidas, hasta el punto de verse comprometido no solo su futuro, sino que ponga en riesgo su vida. En algunas Comunidades Autónomas existen centros de orientación familiar donde pueden obtener educación y lo necesario para evitar retrasos en el diagnóstico precoz de embarazo y su adecuado control⁵⁰.

Fig. 18. Complejidad del ambiente de un embarazo adolescente



Fuente: Grupo Investigación Minerva. U. Cooperativa de Colombia.

En la figura se describen problemas socio psicológicos, inestabilidad familiar, falta de comunicación, cultura, religiones, costumbres, vicios, curiosidad... A los que podemos unir una mente inmadura, llena de cambios hormonales, dudas (de las que si se encuentra en un ambiente inadecuado no podrá conocer todas las posibles respuestas), limitando la información ante un suceso que, bien orientado, puede superarse fácilmente. De ahí la importancia de la educación, en todos los niveles. Educación formativa, cultural, sexual y proporcionar a estas usuarias la posibilidad de recibirla adecuada, oportuna y objetivamente.

En 2015, la media de edad de las primerizas en Europa era de 29 años. Tema que entra en conflicto de muchas mujeres que quieren prepararse, formarse y obtener un nivel socio laboral primero y luego ser madres, o sencillamente porque las parejas consideran primero convivir y tener suficiente nivel económico para la manutención y cuidado de los hijos, situación que, sin ser conscientes, se posterga, encontrándonos en una situación de no arriesgarnos a salir de nuestra zona de confort. Lo contrario se descubre cuando despunta el problema en edad adolescentes. Un problema agravado en España puesto que la tasa de fecundidad entre las chicas menores de 19 años es la misma ahora que en 1997, situación con causas estructurales que no ha tenido solución a lo largo de los años y que lo han convertido en un problema de salud pública⁵¹, que habría que analizar, no como un asunto individual y privado, si no como un desafío preventivo contra la desigualdad de oportunidades de las niñas-madres y sus hijos, condenados a permanecer en un ciclo de vulnerabilidad.

Los expertos coinciden en aislar tres causas recurrentes: a) condiciones de privación socio-económica; b) pertenencia a familias desestructuradas y c) bajo nivel educativo de la adolescente y su familia. Etiología que intentaremos corroborar con el presente estudio.

1.10. Diagnóstico situacional

1.10.1. Situación del embarazo adolescente

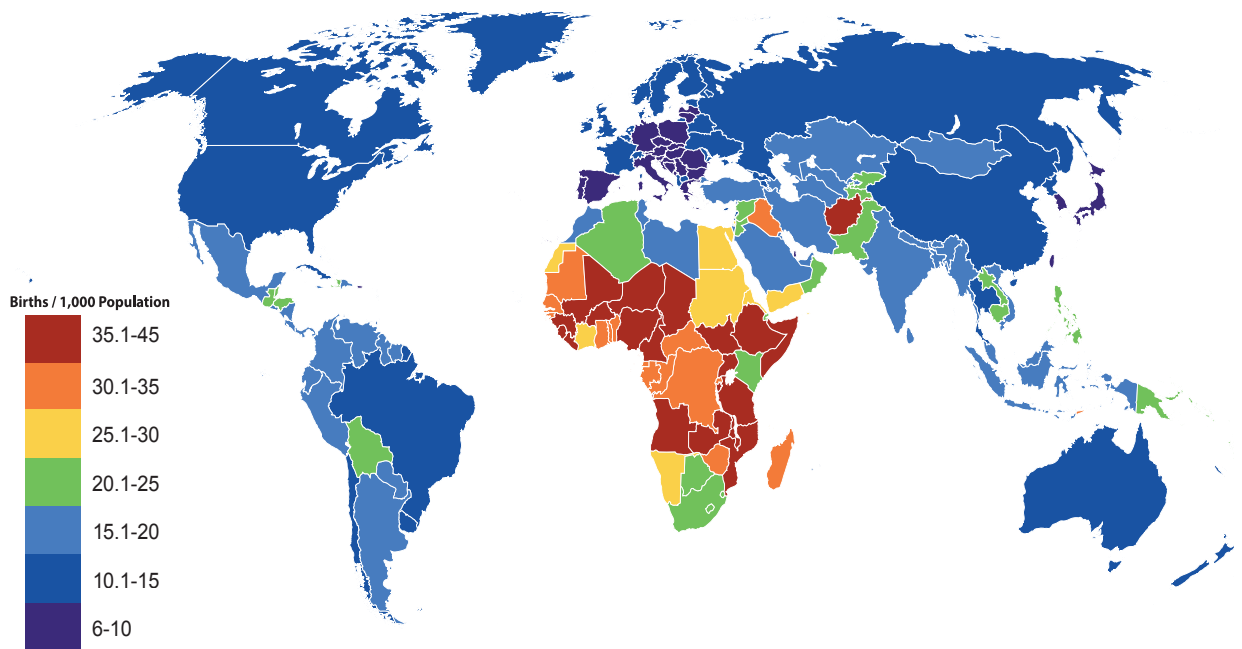
A nivel mundial

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 en adolescentes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

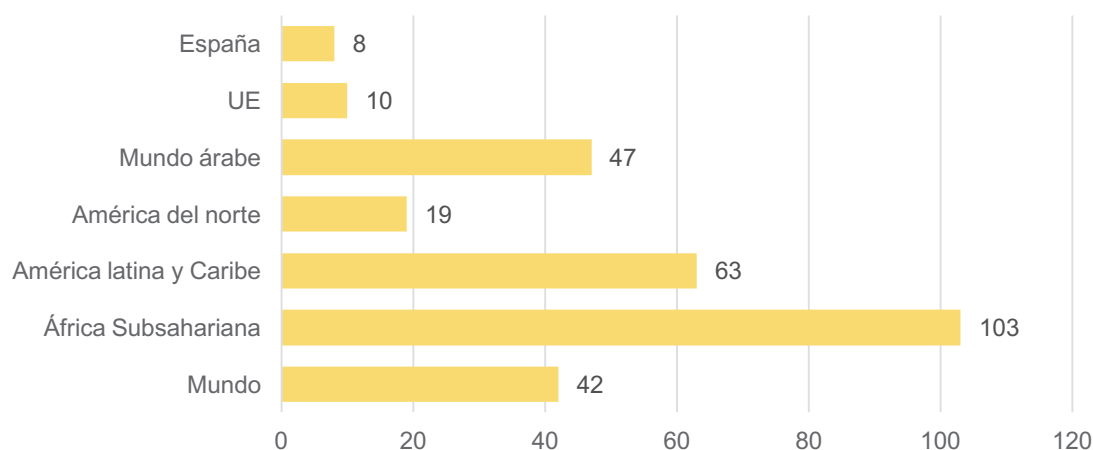
En las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000, siendo las más altas las del África Subsahariana⁵².

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza⁵³.

Fig. 19. Tasa bruta de natalidad en el mundo en 2017



Fuente: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2054rank.html>

Fig. 20. Tasa de nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años por zonas

Fuente: Elaboración propia. Datos: bancomundial.org⁵⁴

En España y la Región de Murcia

Tabla 11. Partos en España, Región de Murcia y Área III del SMS entre 2013 y 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
España	425.715	427.595	420.290	410.583	393.181
<19	8.955	8.613	8.305	8.040	7.839
R. de Murcia	16.105	16.308	15.976	15.528	15.088
<19	480	519	468	436	507
Área III SMS	1.619	1.652	1.695	1.616	1.313
<19	62	70	58	63	50

Fuente: Elaboración propia. Datos: Instituto Nacional de Estadística (INE) y Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM).

El número de partos a nivel nacional en 2017 fue de 393.181⁵⁵, de los que 7.839 fueron de menores de 19 años. En la Región Murcia, los partos adolescentes para el mismo año, fueron 507, 50 de ellos en el Área III.

En términos generales, la tendencia hasta 2014 era de aumento de la natalidad y es a partir de ese año que comienza un descenso generalizado. Es de destacar que, en la Región de Murcia, las menores de 19 años han experimentado fluctuaciones, con un repunte en el último año que difiere de la tendencia general, tanto de la Región como en España.

Dentro de España, la Región de Murcia se divide en 9 áreas de salud⁵⁶. Nuestra investigación se realizará en el Área III, que da cobertura en torno a unos 174.000 habitantes.

Su hospital de referencia es el Hospital General Universitario Rafael Méndez, ubicado a las afueras de Lorca⁵⁶.

A nivel de Área de Salud, nos centramos en la cobertura a 85.661 mujeres (cifra para 2017. Ver tabla 16). En el apartado 3 detallaremos la división del área por población y zonas básicas de salud. En el estudio intentaremos describir el proceso obstétrico y compararlo con la población en general.

Según el Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia, la práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o pre patológica que se define como de riesgo. Es importante un diagnóstico oportuno ya que en algunas adolescentes la primera visita se retrasa por el miedo a revelar su estado a los padres⁴².

1.11. Lactancia materna

El ambiente complicado de las adolescentes, el estrés y el poco apoyo probablemente dificulten la bajada de la leche y el mantenimiento prolongado de la lactancia materna. La adolescente se encuentra con múltiples opiniones contradictorias entre familia y el personal de salud. La necesidad de incorporarse precipitadamente al mercado laboral por las circunstancias económicas de la unidad familiar hace que no se sigan las recomendaciones brindadas desde el alta^{57 58}.

Una mama en crecimiento con desarrollo incompleto, ante una demanda de madurez en el momento de lactancia puede implicar un fracaso. La lactancia es un proceso que requiere madurez emocional; el estrés y la tensión ambiental pueden inhibirla y llevarla al fracaso⁸.

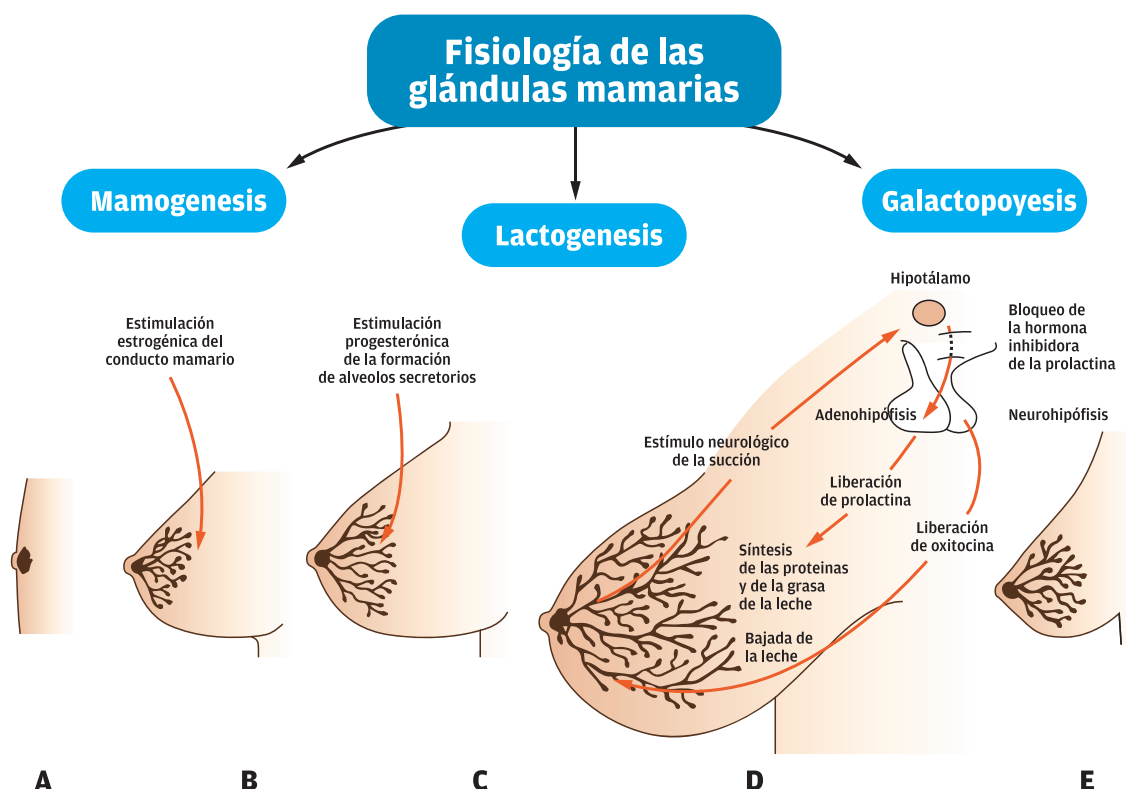
Fig. 21. Estadios de Marshall y Tanner en el desarrollo mamario entre los 1,5 y 16 años



Fuente: Patología mamaria. 2018.

La lactogénesis es un mecanismo por el que se establece la secreción de leche. Intervienen hormonas como la prolactina, somatotrofina y glucocorticoides. Durante el parto, los niveles de prolactina disminuyen y cuando se da la succión se estimula por una vía refleja neurohormonal que inhibe la secreción de dopamina y estimula la prolactina hipofisiaria, llegando a las células mamarias y estimulando la producción de leche en el proceso denominado galactopoyesis⁵⁹. En estados depresivos hay un aumento de serotonina que produce una disminución en la prolactina dificultando la lactancia.

Fig. 22. Fisiología de las glándulas mamarias



Fuente: Patología mamaria. 2018.

En el paritorio del HGURM, es la matrona quien, desde el posparto inmediato, favorece la lactancia materna y da los consejos sobre posición, agarre y enganche del recién nacido.

1.12. Costes

La importancia de mencionar los costes es para concienciar al personal de salud y a la población en la búsqueda de salidas que no impliquen una carga al sistema de salud de forma innecesaria. No realizamos análisis de costes de cada proceso en nuestro estudio, pero hay que hacer énfasis que hay más ventajas en mantener un método contraceptivo y prevenir un embarazo no planificado que en realizar un IVE.

Es importante conocer el gasto⁶⁰, ya no solo para disminuir costes, sino para disminuir complicaciones, a veces vitales y con repercusiones en la calidad de vida de las pacientes que se verán afectadas, así como la de su entorno, por las decisiones precipitadas o inadecuadas que pueda tomar en un momento de desesperación.

1.12.1. Coste de la atención del parto

Quisimos poner en números lo que implica la atención tanto de un parto como de un aborto (IVE) y compararlo con los métodos LARC para dejar más en evidencia y valorar la situación como un problema de salud y mejorar la información para

disminuir IVEs, aumentar métodos de planificación, disminuir gestaciones no planificadas. Lo que, a largo plazo, beneficiará a toda la población por el ahorro sanitario que implica y poder invertirlo, por ejemplo, en tratamientos de fertilidad. Por lo tanto, es importante no negar el acceso a las mujeres que buscan consejería en planificación familiar o detectar usuarias vulnerables para brindarles atención, para lo cual es imprescindible un enlace multiprofesional que incluya pediatras, trabajadoras sociales, psicólogos, encargados de instituciones de beneficencia y ayuda a inmigración y a los integrantes del PIAM.

Tabla 12. Costos debidos a la atención del parto a nivel nacional 2016

Procesos	Procedimientos	Número de altas	Estancia media (días)	Coste medio (€)
Atención al parto	Parto vaginal (incluye parto instrumental)	226.194	2,72	2.296,9
	Cesárea	64.086	4,46	4.087,9
	Resto partos (con esterilización, legrado y otros)	6.261	3,15	2.851,8
	Total partos	296.541	3,11	2.695,7

Fuente: Registro de Atención Especializada (RAE) CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Tabla 13. Comparativa de costes de un parto / interrupción voluntaria del embarazo

Evento del embarazo	Código GRD	Coste* (€)	Coste (act. a 2012)** (€)	Número de casos*	Promoción ponderada de casos por evento de embarazo	Coste medio ponderado (€)
Parto de feto vivo	370	3036,43	3152,54	17710	0,05	1905,18
	371	2741,00	2845,82	46864	0,13	
	372	1679,97	1744,21	88147	0,24	
	373	1422,61	1477,01	198253	0,54	
	374	2718,77	2822,74	1260	0,00	
	375	1456,82	1512,53	1037	0,00	
	650	4980,22	5170,67	4103	0,01	
	651	3905,68	1055,04	8057	0,02	
	652	3847,66	3994,80	480	0,00	
IVE	380	940,87	976,85	5952	0,18	1479,18
	381	1529,64	1588,14	27440	0,82	
Pérdida fetal	380	940,87	976,85	5952	0,18	1479,18
	381	1529,64	1588,14	27440	0,82	
Embarazo ectópico***	378	1907,21	1980,15	4999	1,00	1980,15

*MSSSI.

**Tasa de inflación aplicada: 1,03824 para 2010-2011 hasta 2012 (INE).

***No usado en el análisis porque la pérdida fetal y el embarazo ectópico se combinaron en una sola categoría debido al solapamiento de los datos; el coste del aborto espontáneo se usó en sustitución de la categoría combinada por ser menor y, por lo tanto, más conservador.

1.12.2. Coste de métodos contraceptivos

Costes de los distintos métodos de larga duración: DIU de cobre, hormonal e Implante subcutáneo⁶¹.

Tabla 14. Coste de los métodos LARC

Tipo	Modelo	Precio
DIU Cobre	Ancora	25-40€*
	Effi-T	30-40€*
DIU hormonal	Mirena	165,11€
	Jaydess	153,38€
Implante subcutáneo	Implanon NXT	148,63€

* La oferta actual varía en una horquilla muy amplia.
Fuente: elaboración propia.

1.12.3. Coste de las Interrupciones voluntarias del embarazo según los distintos métodos

Tabla 15. Coste del aborto en el SMS 2016

Tipo	Precio
Aborto farmacológico (RU486)	490€
Aborto con anestesia local	400€
Aborto con sedación	600€

Fuente: elaboración propia. Datos: Instituto Ginecológico Murciano. 2016.

2. Trabajo de investigación

Conocemos, según se ha expuesto en el apartado de introducción, la población, el marco legal, la situación social, y otros aspectos de salud, educación, problemática actual y costes de distintos procesos en relación con las adolescentes.

Nos hemos situado en un grupo poblacional que está aún en desarrollo emocional y físico. A nivel fisiológico es inmaduro y socialmente no posee todas las herramientas para manejar su vida, aspecto en el que, en un contexto legal, hay aún puntos que se discuten y que tienden a valorarse de manera diferente según el caso de cada persona. Son inmaduros para la inserción laboral y ocupar una carga de vida para la que no están preparados generalmente. Parece fácil pensar que las decisiones deberían ser más acertadas, pero esta es una visión desde la coherencia que da cierta madurez y que es difícil pedir a este grupo.

Si en el marco legal español una adolescente mayor de 16 años puede emanciparse, decidir tener una interrupción voluntaria del embarazo (con todo lo que ello conlleva), o con 18 años trabajar, conducir y beber alcohol; tener en definitiva toda la capacidad para hacer lo que desee, podemos concluir que sin una adecuada dirección, supervisión, educación o mínimos conocimientos de las consecuencias que pueda tener una mala decisión, probablemente las conclusiones de este estudio serán estériles.

Intentaremos demostrar una problemática actual para poder articular medidas que contribuyan a su solución.

2.1. Hipótesis

Confirmar en el Área III la percepción: los partos adolescentes tienen mayor complejidad y/o complicaciones que el resto de la población

2.1.1. Hipótesis nula

Confirmar en el Área III la percepción: los partos adolescentes no tienen mayor complejidad y/o complicaciones que en el resto de la población.

2.2. Objetivos

2.2.1. General

Analizar las diferencias en la complejidad y /o complicaciones obstétricas en relación al parto adolescente con respecto al resto de la población entre los años 2013 a 2017 en el Área III del SMS.

2.2.2. Específicos

1. Estudiar los datos demográficos de las pacientes con partos de gestaciones adolescentes atendidos en el Hospital General Universitario Rafael Méndez del Área III del SMS entre los años 2013 a 2017, con respecto al resto de la población.
2. Conocer las características obstétricas, desarrollo y finalización de los partos y datos del recién nacido de adolescentes atendidos en el HGURM del Área III del SMS, con respecto al resto de la población.
3. Analizar en ambos grupos la presencia de factores de riesgo, patologías sobre agregadas y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio inmediato.
4. Conocer si existe riesgo de situación de violencia de género, salud mental, agresión sexual, uso de sustancias tóxicas en adolescentes con antecedente de parto atendido en el HGURM, con respecto al resto de la población, como parte del análisis de la complejidad.
5. Evaluar cuál es la situación educativa y socio-laboral de nuestras adolescentes que han tenido su parto entre los años 2013 a 2017.
6. Analizar algunas características de la lactancia materna en nuestra población adolescente en estudio.

3. Material y método

3.1. Población de estudio

El estudio se desarrolla en la Región de Murcia (España), específicamente en el Hospital Rafael Méndez, hospital de referencia del área III, del SMS.

3.1.1. Descripción y Mapa del área III del SMS

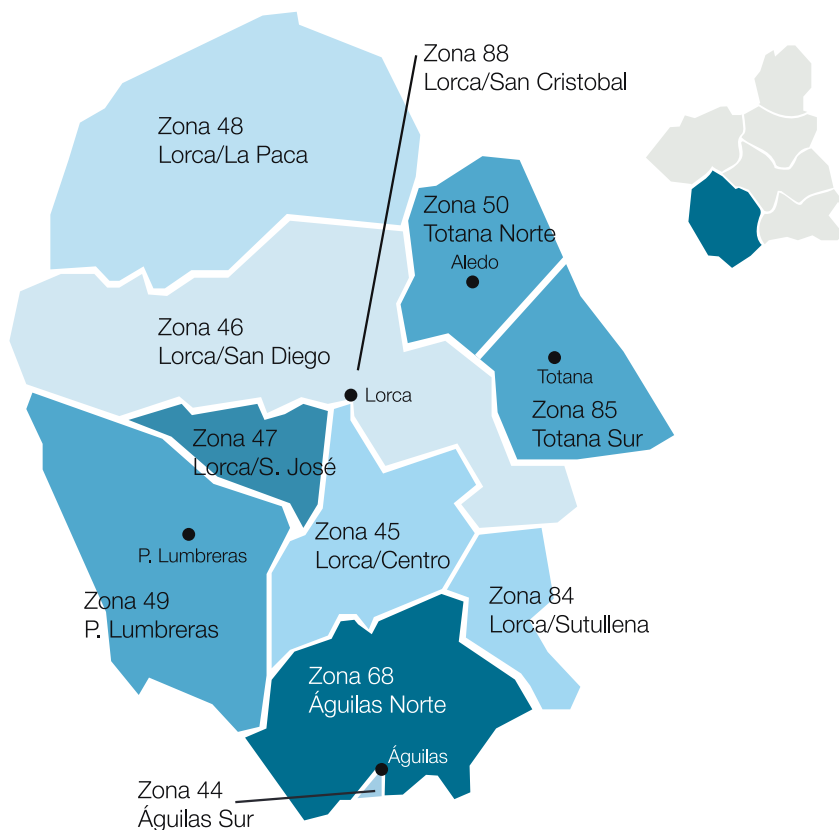
El Área III consta de 11 Zonas de Salud, de las que se describe a continuación su población dividida por sexo (tabla 15). Además del hospital y un Centro de Especialidades, dispone de 10 centros de salud y 28 consultorios.⁶²

Tabla 16. Distribución por población y sexo del Área III del SMS 2017

Zonas de Salud Área III	Nº	Centro de Salud	Población	Hombres	Mujeres
Águilas-Norte	68	Águilas-Norte	20.397	10.331	10.066
Águilas-Sur	44	Águilas-Sur	14.425	7.058	7.367
Lorca-Centro	45	Lorca-Centro	18.404	9.293	9.111
Lorca-La Paca	48	Lorca -La Paca	3.415	1.716	1.699
Lorca-San Cristobal	88	Lorca-San Cristóbal	9.711	5.160	4.551
Lorca-San Diego	46	Lorca-San Diego	20.079	10.577	9.502
Lorca-San José	47	Lorca -San José	23.973	12.070	11.903
Lorca-Sutullena	84	Lorca-Sutullena	14.168	7.117	7.051
Puerto Lumbreras	49	Puerto Lumbreras	17.505	8.813	8.692
Totana-Norte	50	Totana-Norte	18.550	9.532	9.018
Totana-Sur	85	Totana-Sur	13.789	7.088	6.701
Totales			174.416	88.755	85.661

Fuente: Elaboración propia. Datos: <http://www-murciasalud.com>

Ubicarnos geográficamente es importante porque en el trabajo se expondrán aspectos de los recursos y medios de vida en la Región y se darán a conocer datos de prevalencia que ayuden a tomar medidas y mejorar la calidad de atención.

Fig. 23. Zonas básicas de salud del Área III del SMS

Fuente: <http://www-murciasalud.com>

3.1.2. Definición de casos

El estudio se realizará en población adolescente, siguiendo la definición de la OMS⁴, periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (incluyendo todas las adolescentes con edad hasta 19 años, 11 meses y 29 días).

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

A. Casos

Criterios de inclusión:

- Paciente adolescente, según definición de la OMS.
- Parto en Hospital General Universitario Rafael Méndez, área III
- Total, de pacientes 303.

Criterios de exclusión:

- Toda paciente de 20 años o mayor.
- Aquellas cuyos datos obtenidos no coincidan con lo que está estudiando (parto).

B. Controles:

Criterios de inclusión:

- Edad de 20 años cumplidos en el momento del parto.
- Se toma el parto inmediatamente después del parto adolescente.

Criterios de exclusión:

- Que la paciente a continuación del parto adolescente sea otra adolescente.
- Datos no concordantes (nombre con número de historia clínica, o éstos con los datos que se obtienen de la historia).
- La paciente en cuestión no tenga un proceso de parto en el tiempo de estudio.
- Con un total de 256 pacientes.

Periodo de estudio: de 1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2017.

El estudio se completa con contacto personal (consulta) o vía telefónica a las pacientes adolescentes, en una total de 3 rondas de llamadas en distintos horarios para intentar recolectar el mayor número de datos, se obtuvo respuesta de un total de 147 pacientes.

3.2. Diseño del estudio

- **Casos y controles**, definidos los grupos de estudio, así como los criterios de inclusión y exclusión.
- **Observacional**, porque no modificamos patrones existentes, nos dedicamos a extraer datos para luego sacar conclusiones.
- **Analítico**, porque a partir de los datos obtenidos se realiza análisis estadístico para realizar las conclusiones.

3.3. Metodología

Se realiza la búsqueda de datos retrospectivamente desde 1 de enero del año 2013 hasta 31 de diciembre del año 2017. Se buscan todos los partos adolescentes atendidos en el HGURM.

Se realiza la búsqueda de datos retrospectivamente desde 1 de enero del año 2013 hasta 31 de diciembre del año 2017. Se buscan todos los partos adolescentes atendidos en el HGURM. Se extraen datos de un listado único de pacientes extraídas de los libros de paritorio, no informatizados, en un total de 5, un libro por año. A partir de ese listado se realiza la búsqueda de las pacientes con los números de historia o nombre de las mismas en el aplicativo informático SELENE, para la extracción del Informe de Alta Maternal y el Formulario de Paritorio, para el análisis posterior. La extracción de los controles (que como se especifica anteriormente, son las pacientes con parto atendido inmediatamente después de una paciente adolescente), se realiza siguiendo la misma dinámica.

3.3.1. Datos extraídos del libro de paritorio del HGURM

Tabla 17. Listado de datos del libro de paritorio

Edad	
Fórmula Obstétrica	
Semanas de gestación	
Tipo de inicio de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Espontaneo S/N • Inducción • Cesárea electiva
Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Eutócico • Instrumental • Cesárea
Tipo de Distocia	(no siempre se describen, se busca por historia)
Analgesia en el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Local • Epidural • Raquídea • General
Episiotomía	Si No NA no hay dato
Desgarro vaginal	Grado de desgarro (no siempre se describen)
Apgar	<ul style="list-style-type: none"> • 1º minuto • 5º minuto
Peso del recién nacido	
Sexo del recién nacido	Femenino Masculino

Fuente: Elaboración propia

3.3.2. Datos extraídos del aplicativo informático Selene

Se extraen los siguientes datos:

1. Número de teléfono (para consultas personales o contacto telefónico, según preferencia de las pacientes).
2. Centro de Salud.
3. Nacionalidad.
4. Población.
5. Si existe algún proceso de Salud Mental (SM) y/o de violencia de género y/o doméstica (VG, VD) y si existe como motivo de consulta una agresión sexual (AS), así como consulta de intoxicación por alcohol o drogas.

Según lo descrito en el informe de alta de las pacientes complementando los datos con los del formulario de paritorio, se extrae:

6. Valoración del riesgo o presencia de factores de riesgo durante el periodo de la gestación en estudio.
7. Existencia de Patologías sobre agregadas en el momento de la gestación en estudio.
8. Resultado de Serologías (Hepatitis B, VIH, Sífilis) de la gestación en estudio.
9. Existencia de resultados de AGA, cultivo vaginal/rectal de estreptococo beta hemolítico del grupo B (EGB), cuya presencia, como sabemos, predispone a aumentar la morbilidad de los recién nacidos. También la toma de otros cultivos vaginales en pacientes sintomáticas.
10. Presencia de atonía en el posparto inmediato.
11. Transfusión intraparto y/o posparto inmediato y mediato.
12. pH de los recién nacidos (si está descrito en el informe o en el formulario).
13. Complicaciones del parto y/o puerperio inmediato descritas, se detallan a continuación dentro de la explicación de variables.

3.4. Variables

Nos pareció relevante iniciar la relación de las variables describiendo el total de partos por año y el porcentaje de partos adolescentes, desde el año 2013 al año 2017.

Gran parte de las variables son cuantitativas que se convierten en cualitativas para su comparación.

Con el fin de desarrollar los objetivos D y F, se realizaron entrevistas a las pacientes adolescentes acerca de factores bio-psico-socio laborales y de lactancia materna, en base a dos formularios con preguntas sencillas que se adjuntan en anexos. Para este acercamiento concreto al grupo adolescente, que podría ser uno de los aspectos más interesantes del trabajo, se prefirió recurrir a métodos cualitativos (entrevistas con la mayor profundidad que permitiera la situación, ya fueran presenciales o telefónicas) por las características del grupo y por el tipo de información que se pretendía recabar. No obstante, se utilizó como apoyo un cuestionario sencillo que permitió obtener algunos datos cuantitativos para su posterior análisis y para elaborar un “perfil” de nuestra gestante adolescente. Por su simplicidad, este cuestionario no precisaba, a nuestro juicio, de técnicas de validación exhaustivas o complejas, aunque una vez diseñado sí que se utilizó como piloto su pase a las primeras 30 pacientes comprobándose la adecuación de las preguntas, la categorización correcta de las respuestas, la ausencia de resistencias y el ordenamiento lógico. No creímos preciso utilizar test adicionales para evaluar fiabilidad y validez, aunque la valoración de otros investigadores expertos juzgó positivamente la capacidad para evaluar las dimensiones que se deseaban medir.

3.4.1. Variables relacionadas con el objetivo 1

Para responder al objetivo 1 se describen las variables Nacionalidad, Población y edad de los grupos de estudio como descripción de datos demográficos.

1. Nacionalidad

Definición: La nacionalidad a la que pertenece la paciente en el momento del estudio, indicando frecuencias absolutas y porcentajes.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Boliviana
- Búlgara
- Ecuatoriana
- Española
- Estadounidense
- Extranjera
- Marroquí
- Nicaragüense
- Portuguesa
- Rumana
- NA

2. Población

Definición: población de residencia en el momento del parto en estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Águilas
- Lorca
- Puerto Lumbreras
- Totana
- Otros
- NA

3. Edad

Definición: la edad expresada en años, en la que ocurre el parto en estudio. Adolescentes (casos) hasta 19 años, 11 meses, 29 días (la menor que se encontró tiene 14 años) y adultas (controles) mayores de 20 años. Se realiza la media y mediana de la edad en ambos grupos.

Tipo: cuantitativa

3.4.2. Variables relacionadas con el objetivo 2

Para responder al Objetivo 2 se describen las siguientes variables: Obstétricas: gravidez, paridad, abortos, semanas de gestación, control gestacional, serología, muestra de AGA. Y como parte de la descripción del parto: Inicio y tipo de finalización del parto, analgesia, distocia, episiotomía, desgarro, Apgar primer y quinto minuto, peso y sexo del recién nacido, pH de cordón del recién nacido y tiempo de segunda fase del parto.

4. Gravidez

Definición: es el número de gestaciones que tiene la paciente en el momento del parto de estudio.

Tipo: cuantitativa.

- 1 gestación o primigesta
- 2 gestaciones o secundigesta
- 3 gestaciones o tercigesta
- 4 gestaciones o cuatrigesta

Transformación: convertimos la variable en cualitativa con dos modalidades: primigesta o multigesta (más de un embarazo o gestación).

5. Paridad

Definición: el número de partos y /o cesáreas que tiene la paciente en el momento del estudio, sin contar el parto actual.

Tipo: cuantitativa

- 1 parto o primípara
- 2 partos o secundípara
- 3 partos o tercípara
- NA

Transformación: convertimos la variable en cualitativa con dos modalidades: primípara o múltipara (tomando multi paridad como toda paciente que ya ha tenido un parto, independientemente del tipo de parto).

6. Aborto

Definición: número de pérdidas gestacionales espontáneas o provocadas en el momento del estudio.

Tipo: cuantitativa.

Transformación: convertimos la variable en cualitativa: SÍ toda aquella paciente que ha tenido 1 o más abortos, NO para aquellas pacientes que no han tenido abortos.

7. Semanas de gestación

Definición: semanas cumplidas de gestación desde la fecha de la última regla o, si consta, mediante su corrección por ecografía en el momento del parto.

Tipo: cuantitativa.

Transformación: convertimos la variable en cualitativa con tres modalidades:

- < 37 semanas.
- 37-40+ 6 semanas
- 41 sem. o más semanas

Es preciso aclarar que nuestro hospital no tiene UCIN, por lo que en general, a menos que no sea imprescindible o la situación lo requiera, toda paciente con alta probabilidad de finalización de la gestación por debajo de 32 semanas se deriva a un centro de primer nivel (HCU Virgen de la Arrixaca).

8. Control de la gestación

Definición: Es la asistencia al embarazo que se caracteriza por ser precoz, periódica, completa y de amplia cobertura. Se adjunta en anexos el control completo de la gestación según la SEGO.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- Control tardío
- NA

9. Serología

Definición: se toma en cuenta la serología con resultado previo al parto. Sífilis, VIH, Hepatitis B y C. pues antes la serología de hepatitis C formaba parte del control de la gestación.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Positivo
- Negativa
- Desconocida
- NA.

Nota: En el área de laboratorio se cuenta con la ayuda del Dr. Alfonso Blázquez Manzanero para la obtención de pacientes de nuestra lista única para extraer los resultados de cada paciente en busca de serología positiva, refiriéndonos siempre a la búsqueda de Hepatitis B, C, VIH y Sífilis. Se solicita también el resultado de la prueba vagino-rectal de estreptococo Agalactie AGA realizados y positivos.

10. AGA

Definición: cultivo de la bacteria estreptococo beta lactámico del grupo B o EGB.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- positivo
- negativo
- desconocido
- NA

11. Inicio de parto

Definición: tipo de inicio del parto en estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Espontáneo
- Inducción
- No inicia parto

12. Tipo de finalización del parto

Definición: forma en la que finaliza el parto en estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Cesárea (urgente, intraparto o programada)
- Eutócico (parto normal)
- Instrumental (parto con vacuoextracción, espátulas o fórceps)

13. Analgesia

Definición: forma de analgesia de elección en el momento del parto de la paciente, excepto en los casos de cesáreas programadas y/o intraparto en los que es el equipo médico el que valora.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Local
- Epidural
- General
- Raquídea
- Sin anestesia
- NA

14. Distocia

Definición: forma de parto no eutócico. Sin tomar en cuenta las secuelas, solo lo descrito en las historias clínicas. Presencia o ausencia de complicaciones en la expulsión del feto (Definido en el glosario).

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NA

15. Episiotomía

Definición: incisión realizada para ampliar y evitar desgarros del canal vaginal.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí (siempre y cuando hay descripción de su tipo como es la MLD incisión medio lateral derecha)
- No
- NA

16. Desgarros

Descripción: laceraciones no controladas que se presentan en el parto. Clasificados por grados según su ubicación y prolongación de extensión (definido en el glosario).

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Grado I
- Grado I II
- Grado II
- Grado II III
- Grado X (Cuando hay presencia de descripción del desgarro, se ha producido, pero no se clasifica).
- NA
- No

Transformación: A efectos prácticos se divide en:

- Sí, presencia: si es mayor de II grado, contando con que la reparación de los desgarros a partir del grado III, es por parte del obstetra.
- No: ausencia.
- NA no hay dato o descripción.

17. Apgar

Definición: prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, tono muscular, la respiración, los reflejos y el color del bebé. Se mide al primer y quinto minuto. Escala de 0 a 10.

Tipo: cuantitativa

- 0
- 1-3
- 4-6
- 7-9
- 10

18. Peso del recién nacido

Definición: peso al nacimiento, expresado en gramos.

Tipo: cuantitativa

Transformación: convertimos la variable en cualitativa con 4 modalidades:

- Menor de 2500 gr
- De 2500 a 4000 gr
- Mayor de 4000 gr
- NA

Se extrae la media de los pesos en ambos grupos. Se realiza la media y la mediana de los pesos por grupos de estudio.

19. Sexo de recién nacido

Definición: Sexo del recién nacido al nacimiento.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Masculino
- Femenino
- NA

20. pH de cordón del recién nacido

Definición: muestra de pH de sangre de cordón del recién nacido del parto en estudio. Se realiza también su análisis individual, para conocer la media de los pH en ambos grupos.

Tipo: cuantitativa

Transformación: convertimos la variable en cualitativa con tres modalidades:

- Menos de 7,2
- 7,2 a 7,35
- mayor de 7,35

21. Tiempo de fase activa del primer período y segundo período del parto

Definición: Tiempo que va desde el ingreso de la paciente en paritorio hasta el momento del parto, es decir de la fase activa del primer período a la fase expulsiva del segundo período expresado en horas y minutos.

Tipo: cuantitativa

Transformación: convertimos la variable en cualitativa con 6 modalidades:

- Menos de 3 horas
- 3-6 Horas
- 6-9 horas
- 9-12 horas
- más de 12 horas
- NA

Se realiza una media de las horas.

3.4.3. Variables relacionadas con el objetivo 3

Para completar el Objetivo 3, se describen las variables: factores de riesgo, patología sobre agregada, complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, análisis de complicación atonía, transfusión, anemia, EHE, infección, presencia de patología cervical en el momento de la realización del estudio.

Definiremos las variables 22 (factores de riesgo), 23 (patología sobre agregadas) y 24 (complicaciones en el puerperio) de gran importancia dentro del estudio, incluyendo detalladamente lo que forma parte de cada una, para evidenciar la complejidad de los procesos, para luego resumirlas en una variable dicotómica (si=presencia / no=ausencia).

22. Factores de Riesgo presentes durante la gestación

Definición: presentes en la gestación en el momento del parto: En nuestro estudio tomamos como presencia o ausencia de las siguientes condiciones, basándonos solo en riesgos clínicos durante la gestación excluyendo los riesgos laborales, genéticos y/o ambientales.

- Edad (nuestro grupo de estudio se encuentra en mayor riesgo, solo por su edad, aunque tendría un riesgo equiparado en pacientes con partos mayores de 35 años según la SEGO⁵, que incluso describe mayor morbimortalidad en los hijos). El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía; tras 5 años de la misma, la joven alcanza su madurez reproductiva. Por esta razón, los embarazos que se inician en los primeros 5 años posteriores a la menarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

- Multiparidad.
- Prematurez.
- Patología subyacente o sobre agregada en el momento de la gestación.
- Consumo de tóxicos (cocaína).
- Control tardío de la gestación.

También se considera positiva la presencia de alguno de los siguientes factores, mencionado en la tabla 18. Con la excepción de la edad, sexo fetal, raza y factor económico.

Tabla 18. Resumen de factores de riesgo según SEGO

<p>1. De etiología aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo abdominal/accidente. • Cocaína y otras drogas de abuso. • Hidramnios. <p>2. Obstétricos y médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión crónica, Trastornos hipertensivos del embarazo. • Preeclampsia. • Rotura prematura de membranas. • Corioamnionitis (incluyendo también infecciones urinarias cervico vaginales, e infecciones maternas, en otras clasificaciones). • Gestación múltiple. • Isquemia placentaria en embarazo previo. • CIR, Antecedente de DPPNI. • Otros autores incluyen malformaciones uterinas, antecedente de amenaza de parto prematuro, miomas. <p>3. Sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad materna ≥ 35 años. • Multiparidad (≥ 3). • Tabaquismo. • Alcohol. • Sexo fetal masculino. • Algunos autores incluyen como factores maternos socio demográficos la raza y el nivel sociocultural como un factor de riesgo.

Fuente: SEGO

Transformación: A efectos prácticos se simplifica en 2 variables:

- Sí (presencia de factores de riesgo, exceptuando la edad)
- No (ausencia de factores de riesgo, exceptuando la edad)

23. Patología sobre agregada durante la gestación

Definición: presencia o ausencia de enfermedades subyacentes en el momento de la gestación y el parto.

Componentes:

- Anemia
- Enfermedades psicológicas (ansiedad, depresión, bulimia, trastornos adaptativos, de la personalidad, hiperactividad)
- Enfermedades autoinmunes: Anticuerpos antinucleares+, Púrpura de Shoenlein Henoch, trombocitopenias.
- Patología quirúrgica (Apendicitis aguda)
- Patologías respiratorias: Asma, bronquitis.
- Enfermedades Metabólicas: hipotiroidismo, hiperaldosteronismo, diabetes gestacional y/o insulino dependiente tipo I, hipertiroidismo.
- Patología fetal: AUU, Macrosomía, Megacisterna magna, CIR, prematuridad, oligoamnios.
- Estado Hipertensivo del embarazo.
- Patología Infecciosa: pielonefritis, ITU, cistitis, condilomatosis genital.
- Enfermedades neurológicas: epilepsia, migraña, cefalea tensional.
- Discapacidad 90%(aunque no sea una patología en sí).
- Patología musculo esquelética: Escoliosis asimetría de cadera, Luxación congénita de cadera.
- Patología cardíaca: Soplo cardíaco sin estudio, hipertensión arterial.
- Ninguno: paciente que no tiene patologías o no están descritas en la historia en el momento de la gestación en estudio.

Tipo. Cualitativa

Modalidades:

- Sí (presencia de enfermedades subyacentes)
- No (ausencia de enfermedades subyacentes)

24. Complicaciones en el parto y puerperio

Definición: Presencia o ausencia de complicaciones en el parto puerperio.

Componentes:

- Anemia (anemia en rango transfusional), valorado desde el punto de vista como consecuencia de sangrado en el parto.
- Enfermedades Metabólicas: Acidosis metabólica, diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperaldosteronismo.
- Patologías infecciosas: puerperio mórbido, cistitis, ITU, mastitis, infección de sutura de episiotomía y/o desgarro.
- Estado hipertensivo del embarazo (preeclampsia, síndrome de Hellp)
- Desgarros vaginales y/o cervicales intraparto.
- Patología del alumbramiento: retención de placenta, retención de membranas, atonía posparto inmediato.
- Patologías neurológicas: estatus epiléptico, epilepsia.
- Cefalea post punción, en anestesia epidural intraparto

- Retención urinaria posparto.
- Patología psicológica: depresión posparto.
- Patología quirúrgica + gestación (apendicitis).

Conocemos que las principales complicaciones descritas son las hemorragias graves (punto muy infrecuente encontrado como descripción, por lo que hacemos referencia a anemia y anemia en rango transfusional para su valoración), infecciones, estados hipertensivos del embarazo, por lo que son las que en definitiva compararemos en ambos grupos. Recordar que los datos se extraen únicamente de formulario de parto y el alta maternal (aplicativo SELENE).

25. Atonía

Definición: Falta de contractilidad uterina teniendo como resultado una hemorragia posparto. Presencia o ausencia de la misma.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí, presencia de atonía.
- No, ausencia de atonía.
- NA

26. Transfusión sanguínea

Definición: transfusión por pérdida sanguínea con Hb menor o igual a 6. Necesidad o no de la misma.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí, independientemente del número de concentrados.
- No
- NA

27. Anemia como complicación del posparto

Definición: Según la OMS se define como toda situación en que la concentración de hemoglobina se sitúe por debajo de los 110 g/l. La existencia previa de anemia tiene importancia por su relación con el recién nacido pues se ha relacionado con bajo peso y mayor riesgo de prematuridad. Puede ser por causa genética, carencia nutricional durante el embarazo y pérdida hemática en el momento del parto o puerperio. La variable se analiza estadísticamente de manera individual porque es la complicación más frecuente. Presencia o ausencia de la misma.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NA

28. EHE como complicación de la gestación, parto y puerperio inmediato

Definición: Los estados hipertensivos del embarazo son las complicaciones con mayor repercusión en la salud materno- fetal. Continúan siendo una de las cuatro causas principales de mortalidad en la mujer embarazada, tanto en países desarrollados como emergentes, y son también causa de morbilidad potencialmente grave, generalmente transitoria, con riesgo de secuelas materno fetales. En este apartado nos referimos solo a la hipertensión con diagnóstico durante la gestación y por encima de las 20 semanas y/o el caso de la hipertensión preexistente con preeclampsia sobreañadida. Presencia o ausencia de EHE.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NA

29. Infección puerperal

Definición: Fiebre, alteración de leocograma con neutrofilia y clínica de infección (mastitis, infección de vías urinarias, metritis, principalmente) como complicación de la gestación y el posparto.

Tipo: cualitativa

Modalidad de respuesta:

- Sí
- No
- NA

30. Presencia de patología cervical

Definición: LSIL, HSIL o cualquier tipo de CIN como resultado AP de citología cérvico vaginal o biopsia realizada en el HGURM, en pacientes que han tenido su parto entre los años 2013 a 2017, con resultado procesado en el departamento de patología. No se toman en cuenta las muestras tomadas en atención primaria, por lo que los resultados patológicos pueden ser más de los registrados en el momento de la revisión.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí (presencia de LSIL, HSIL, CIN)
- No (ausencia)
- NA

Nota: En el departamento de Patología se cuenta con la ayuda del Dr. Julio Merino para la relación de nuestro listado de pacientes con presencia de patología cervical (un planteamiento añadido sería encontrar alguna relación entre inicio de relaciones tempranas con la aparición de lesión cervical).

3.4.4. Variables relacionadas con el objetivo 4

En el Objetivo 4, se tienen en cuenta la presencia (como motivo de consulta o proceso) en las historias clínicas de ambos grupos de las siguientes situaciones: violencia de género, salud mental, agresión sexual, ingesta de alcohol/drogas y/o ambas (intoxicación etílica) como parte del análisis de la complejidad.

31. Violencia de género

Definición: descripción de alguna situación violenta descrita por el médico, en el que hay existencia o no de denuncia por parte de la paciente, presente en la historia clínica o como motivo de consulta.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NA

32. Salud Mental

Definición: proceso de consulta en la historia clínica electrónica que incluya ansiedad, depresión o ambas, trastornos de adaptación, trastornos alimentarios o intentos autolíticos.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí (presencia de un proceso independientemente de su diagnóstico)
- No
- NA

Dentro del proceso de salud mental quisimos incluir, pero tratar de forma separada, el hecho de dar al recién nacido en adopción o el fallecimiento del recién nacido.

33. ¿Da al recién nacido en adopción?

Definición: Concebir al recién nacido y realizar trámites para darlo en adopción durante la gestación. Existe un protocolo de separación inmediata y atención a la madre en el HGURM.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC
- NA

34. ¿Fallece el recién nacido?

Definición: El propio nombre de la variable. Se pregunta por el recién nacido del parto en estudio. No se estudian las causas de muerte fetal. Se toman en cuenta los fallecidos previo o durante el parto, y los 6 meses posteriores al parto por cualquier causa.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí,
- No
- NC
- NA

35. Agresión sexual

Definición: Presencia de agresión sexual como motivo de consulta que se incluya como proceso en la historia clínica de las pacientes de ambos grupos.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NA

36. Ingesta de drogas legales e ilegales

Definición: Se toma en cuenta los procesos que generan un motivo de consulta. Pregunta que llama la atención pues la gran mayoría responde "lo normal" (casos). Respuesta que no se toma en cuenta y se analiza aquellas respuestas que sobrepasan este límite de normalidad social, que es muy difícil de determinar. Consumo mayor de lo habitual. Pregunta respondida por 147 pacientes, pues se realiza dentro de la consulta personal o contacto telefónico realizados como complemento del estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Alcohol
- Tabaco
- Alcohol + Tabaco
- Drogas
- No
- NC

3.4.5. Variables relacionadas con el objetivo 5

Para responder al Objetivo 5, se extraen las variables, que se completan con el cuestionario (Anexo A1). Es de enfatizar que responden 147 de las 303. El período de consulta o contacto telefónico se realizó entre 2018 y 2019.

Para completar el análisis de la complejidad familiar y socio-laboral estudiamos las variables que se describen a continuación: método previo de planificación familiar en el momento de la gestación en estudio, intento de IVE, si procede de familia desestructurada, si cambia de amigos en el momento de la gestación en estudio, con quién vive en el posparto inmediato, nivel de estudios completados, si trabaja su pareja, si cuenta con apoyo familiar hasta el momento del estudio, si continua estudiando, si trabaja en el momento del estudio, si depende económicamente de los padres/suegros y/o algún familiar.

37. ¿Utiliza algún método de planificación?

Definición: Utilización de algún método de planificación en el momento que se queda embarazada de la gestación en estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

38. ¿Qué método de planificación familiar?

Definición: qué método de planificación familiar previo a la gestación en estudio, utiliza el grupo de adolescentes.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Ninguno
- Anticonceptivo oral
- Preservativo
- NC

39. Intento IVE

Definición: Intento de interrupción voluntaria del embarazo. Se toma como "sí", la intención, información o pasos preliminares para IVE que, obviamente, no completó y decidió continuar con la gestación.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

40. Familia desestructurada

Definición: cuando se ha criado con familia monoparental o con algún tipo de familia desestructurada. Se intenta definir si la paciente copia patrones de vida, lo utiliza como forma de huida, para independizarse o como salida para evitar control y/o sobreprotección.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

41. ¿Cambia de amigos?

Definición: si al momento de la gestación, su círculo de amigos se mantuvo o ha ido cambiando conforme a sus circunstancias, o se queda sola.

Tipo: cualitativa

Modalidad de respuesta:

- Sí
- No
- Se queda sola
- NC

42. Con quien vive en el momento de la gestación en estudio

Definición: entorno socio-familiar en el que vive la paciente en el posparto inmediato.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Familia
- Familia +pareja
- Pareja
- Sola
- NC

43. Nivel de estudios

Definición: nivel de estudios finalizados en el momento del estudio. Recordar que hay pacientes desde el año 2013, que la que se incluye con 19 años, como máximo, tiene actualmente 25 años y que el resto de las pacientes son menores de esta edad.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- No tiene estudios
- Primaria
- ESO
- Bachillerato / FP
- No contesta

44. ¿Continúa los estudios?

Definición: Si la paciente se encuentra realizando formación en el momento del estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

Variables relacionadas con trabajo, economía y familia. Si en el momento de la realización del estudio se encuentra trabajando ella, su pareja, su familia, describiendo como es la economía familiar.

45. ¿Trabaja?

Definición: pregunta si la paciente se encuentra trabajando en el momento de realizar el estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

46. ¿Trabaja la pareja?

Definición: si la pareja estaba realizando algún trabajo en el momento del estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

47. Apoyo familiar

Definición: se pregunta sobre todo por el apoyo económico brindado para el cuidado del recién nacido, hasta el momento del estudio. Se valora solo el apoyo económico de la pareja, familia o padres de la pareja, o determinado por juicio, no si están conviviendo.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Pareja
- Padres/suegros
- No
- NC

48. ¿Depende económicamente de los padres?

Definición: Se pretende saber si reciben ayuda de padres, de la pareja o cualquier otro familiar o amigo en el momento del estudio, si necesitan apoyo económico para sobrellevar los gastos mensuales.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

49. Historia de gestaciones posteriores

Definición: se describe la formula obstétrica actual de las pacientes adolescentes en estudio. Se intenta describir la complejidad de las fórmulas obstétricas, para poner en evidencia el incremento de factores de riesgo con pacientes con menos de 25 años en el año 2019.

Tipo: cualitativa

Enumeración de las fórmulas obstétricas de las pacientes estudiadas, encontradas en 2019:

G1C1	G2C1	G3C1A2	G4P1C1A2	G5P2A3
G1P1	G2C1A1	G3C1P1A1	G4P2A2	G5P2C1A2
G1P2	G2C1A1	G3C2A1	G4P2C1A1	G5P3C1A1
gemelar	G2C1P1	G3P1A1	G4P3A1	
	G2C2	G3P1A2	G4P4	
	G2C2LT	G3P2		
	G2P1	G3P2A1		
	G2P1A1	G3P3		
	G2P2			

Notas

Sucesos descritos en la historia de las pacientes adolescentes que llaman la atención, en el momento del estudio, que incrementan el riesgo en futuras gestaciones:

- Antecedente de: partos prematuros, cesárea anterior, IVE previo, gestación gemelar, aborto tardío, feto +, período intergenésico inferior a 18 meses y EHE.
- Violencia de género y/o agresión sexual.
- Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Patología fetal: diagnóstico de delección en el cromosoma 1P36 del feto, patología cardíaca.
- Recién nacido fallece.
- ACV Hemorrágico 12 semanas intervenida P2.
- Depresión por muerte de los padres.
- Proceso de adopción.
- Actualmente gestante.
- Multiparidad.
- Primer parto a los 14 años.
- Gran discrepancia de edad entre la pareja.
- Fuga de centro de menores/retiran recién nacido y recuperado.

3.4.6. Variables relacionadas con el objetivo 6

Para responder al Objetivo 6, se utilizan las variables: lactancia materna exclusiva, lactancia materna mixta, tiempo en meses de duración de la lactancia materna, problemas de enganche, para las que se complementa con consulta o contacto telefónico (Anexo A2), solo realizado al grupo de estudio (adolescentes).

50. ¿Lactancia materna?

Definición: Se pretende saber si la paciente adolescente da lactancia materna exclusiva al recién nacido del parto en estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

51. Duración de la lactancia materna

Definición: Saber el tiempo en meses en los que da lactancia materna exclusivamente, del parto en estudio.

Tipo: cuantitativa

Modalidades:

- 0
- 1-3 meses
- 4-6 meses
- 6-9 meses
- 10-12 meses
- 13-23 meses
- 2 años o más
- NC

52. Lactancia mixta

Definición: Si utilizó lactancia mixta con el bebé al que corresponde el parto de estudio.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

53. Problemas de enganche

Definición: dificultad del recién nacido para realizar la succión.

Tipo: cualitativa

Modalidades:

- Sí
- No
- NC

Todas las variables de lactancia materna se resumen en modalidades de respuesta, problemas de enganche, lactancia materna exclusiva, lactancia a los 3 meses y lactancia mixta.

Complicaciones

Aquellas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio de nuestras pacientes en estudio. Incluye patologías sobre agregadas descritas en las variables e incluidas en los objetivos 2 y 3. La presencia de factores de riesgo durante el embarazo puede contribuir al aumento de las complicaciones. Tomamos en cuenta, también, complicaciones relacionadas con el feto y el recién nacido.

Complejidad

Todas las variables relacionadas con el entorno bio psico socio familiar laboral de las pacientes descritas en las variables e incluidas en los objetivos 4, 5 y 6, que pueden contribuir a agravar una condición de riesgo con resultados negativos en el binomio madre-hijo.

3.5 Análisis estadístico

El análisis estadístico principal se ha realizado mediante un ordenador con sistema operativo Xubuntu 16.04.6 LTS (Xenial Xerus, 64-bit).

Se ha utilizado fundamentalmente el paquete de programas estadístico R versión 3.6.1 (R Core Team 2019) y sus librerías *knitr*, *tidyr*, *dplyr* y *ggplot2*.

Se ha realizado la prueba chi-cuadrado de Pearson para valorar la relación de dos variables categóricas en base a la tabla de contingencia o frecuencias de las variables. Este contraste calcula la tabla de frecuencias esperadas que contendría los valores esperados para cada entrada si se repartieran al azar (teniendo en cuenta los totales por filas y columnas) y la compara con la tabla de contingencia experimental.

El valor de p-valor indica la probabilidad de obtener al azar una tabla como la que tenemos. Valores de p-valor bajos (por debajo de 0,05) indican que al azar se obtendría una tabla como la nuestra menos del 5% de las veces. Esto hace pensar que es un caso demasiado extraño y, por tanto, tendemos a pensar que las variables guardan relación entre sí. Con p-valores mayores de 0,05, indica que no hay relación o que esta no es significativa.

Estos contrastes necesitan que los datos utilizados cumplan las siguientes condiciones o supuestos:

Independencia de los datos.

Valores esperados en la tabla mayores a 5.

Cuando no se cumplen las condiciones para poder realizar la prueba chi-cuadrado de Pearson, se utiliza el test exacto de Fischer.

Además, se utilizaron estadísticos como la V de Cramer para medir la fuerza de asociación entre las variables (entre otros). La V de Cramer varía entre 0 y 1, y se puede interpretar para tablas mayores de 2x2. Su interpretación es similar a la r de Pearson, más asociación cuanto más cercano a 1. Dado que la V de Cramer es un número siempre positivo, no se pueden hacer afirmaciones acerca de la dirección de la relación. Para la interpretación del valor de la V de Cramer usamos las siguientes condiciones:

- $V \leq 0,2$: El resultado es débil. Aunque el resultado es estadísticamente significativo, los campos solo se asocian de forma débil.
- $0,2 < V \leq 0,6$: El resultado es moderado. Los campos se asocian de forma moderada.
- $V > 0,6$: El resultado es fuerte. Los campos se asocian fuertemente.

Se ajustaron modelos de regresión lineal para las variables cuantitativas mediante el ajuste de mínimos cuadrados, asumiendo la normalidad de los datos por el Teorema Central del Límite y reportando el coeficiente de determinación. También se ajustaron modelos de regresión logística en el caso de las variables de respuesta dicotómicas.

Se prefiere insertar tablas para que quede más esquemático y a golpe de vista se valore su relación, pues al tener un grupo de casos de 14-19 años (6 años) y

un grupo de controles de 20-45 años, las tablas de dispersión no evidencian gráficamente la relación buscada entre las distintas variables

No se extraen riesgos relativos porque no es aplicable dicho análisis estadístico en el estudio actual.

El cruce de variables, para el ajuste de la regresión lineal nos fijaremos en el R^2 (R-cuadrado), que va de 0 a 1, siendo 0 el “modelo no ajustado de datos” y 1 el “modelo que se ajusta perfectamente”.

Las variables categóricas se ajustan a gráficos de regresión logística.

Se realiza un análisis multivariante de correspondencias entre modalidades de las variables cualitativas. Dando validez a todos datos en el rango de -0,4 a 0,4.

4. Resultados

Tabla 19. Prevalencia de partos adolescentes del año 2013 al 2017 en el HGURM

Año	Total de partos	Partos de adolescentes	
2013	1619	62	3,82%
2014	1652	70	4,23%
2015	1695	58	3,42%
2016	1616	63	3,89%
2017	1313	50	3,81%
Total	7895	303	3,84%

Fuente: elaboración propia

4.1. Grupo de estudio

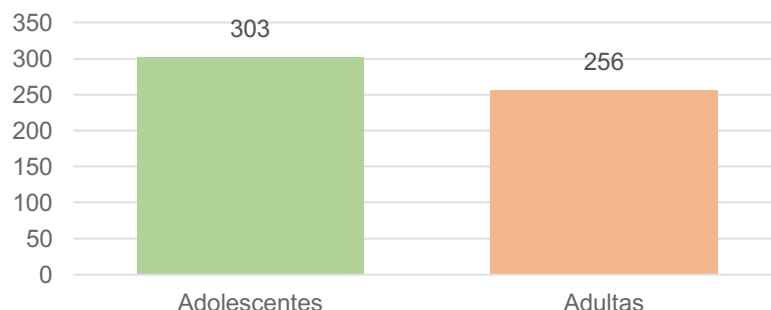
De un total de 7895 partos en 5 años, se extraen 303 pacientes adolescentes, representado por año. En 5 años el porcentaje de partos corresponde a un 3,83%, manteniéndose casi sin variación.

En nuestro estudio, los casos, como se explica anteriormente, son de todas las pacientes de 19 años y menores, nombrándolas como adolescentes. El parto inmediatamente posterior al parto de adolescente, se toma como caso control, durante los 5 años de estudio, obteniendo un total de 256 pacientes en el grupo de control de adultas. La muestra no es idéntica por los criterios de exclusión y por las limitaciones del estudio (ver apartado 6) en el momento de la extracción de datos.

Tabla 20. Número de pacientes por grupo

Grupo	N	%
Adolescentes	303	54,20
Adultas	256	45,80
Total	559	100

Fig. 24. Número de pacientes en estudio



De ahora en adelante, el total de cada grupo se convierte en su 100% siendo 303 para el grupo de casos o adolescentes y de 257 para el grupo adultas o control.

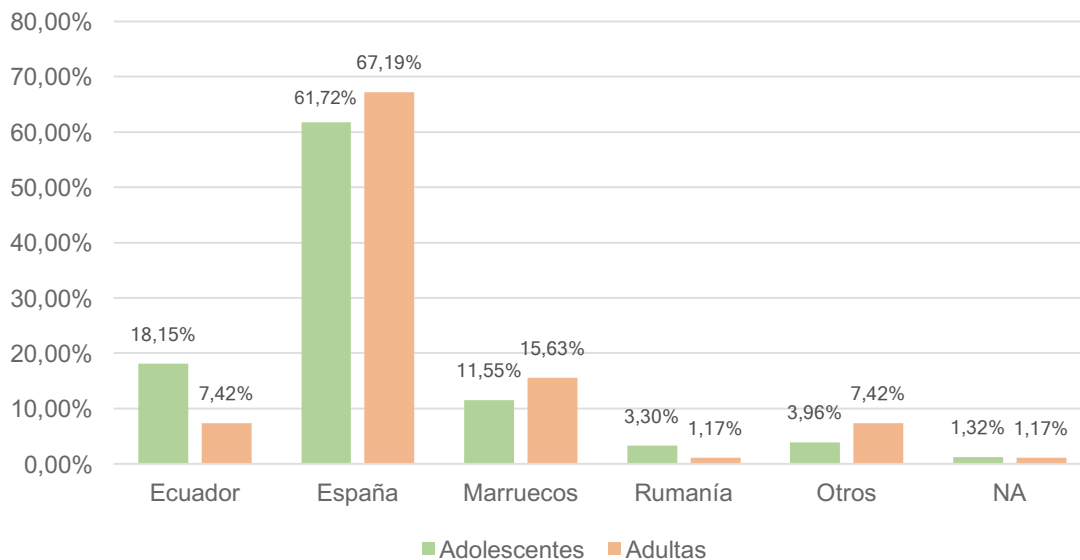
4.2. Resultados relacionados con el objetivo 1

4.2.1. Nacionalidad

Tabla 21. Número de pacientes por nacionalidad según grupo

Nacionalidad	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Bolivia	5	1,65	5	1,95
Bulgaria	2	0,66	0	0
Ecuador	55	18,15	19	7,42
España	187	61,72	172	67,19
Estados Unidos	1	0,33	0	0
Marruecos	35	11,55	40	15,63
Nicaragua	1	0,33	0	0
Portugal	1	0,33	0	0
Rumanía	10	3,30	3	1,17
Otros	2	0,66	14	5,47
NA	4	1,32	3	1,17
Total	303	100	256	100

Fig. 25. Porcentaje de pacientes por nacionalidad según grupo



$p < 0,05$

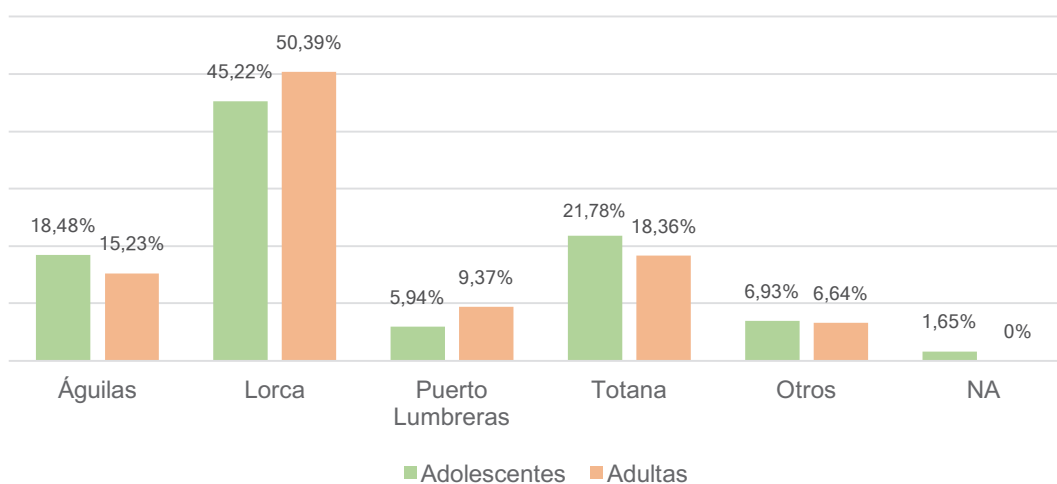
Es evidente que, en ambos grupos, es la nacionalidad española la más prevalente, con un 61% en el grupo de adolescentes y 67% para el grupo de control (adultas), de nacionalidad ecuatoriana el 18% y 7% en cada grupo respectivamente. Pertenecen a nacionalidad marroquí un 11% para adolescentes y un 15% para adultas, rumanas es el siguiente grupo, con un 3% para adolescentes y un 1% para adultas.

4.2.2. Población en la que residen en el momento del estudio

Tabla 22. Número de pacientes por población de residencia según grupo

Localidad	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Águilas	56	18,48	39	15,23
Lorca	137	45,22	129	50,39
Puerto Lumbreras	18	5,94	24	9,37
Totana	66	21,78	47	18,36
Otros	21	6,93	17	6,64
NA	5	1,65	0	0
Total	303	100	256	100

Fig. 26. Porcentaje de pacientes por población de residencia según grupo



$p > 0,05$, V de Cramer: 0,09

Si recordamos la descripción de grupos poblacionales y la densidad poblacional (apartado 3.1.1.) podremos observar que coincide la mayoría de gestaciones con las zonas más pobladas. Dentro del grupo de adolescentes, un 45% de los partos son de Lorca y un 50% de partos de adultas; un 21% de los partos de adolescentes son de Totana y un 18% de partos de adultas; un 18% de partos adolescentes son de Águilas y un 15% de partos de adultas; un 5% de partos adolescentes son de Puerto Lumbreras y un 9% de partos de adultas.

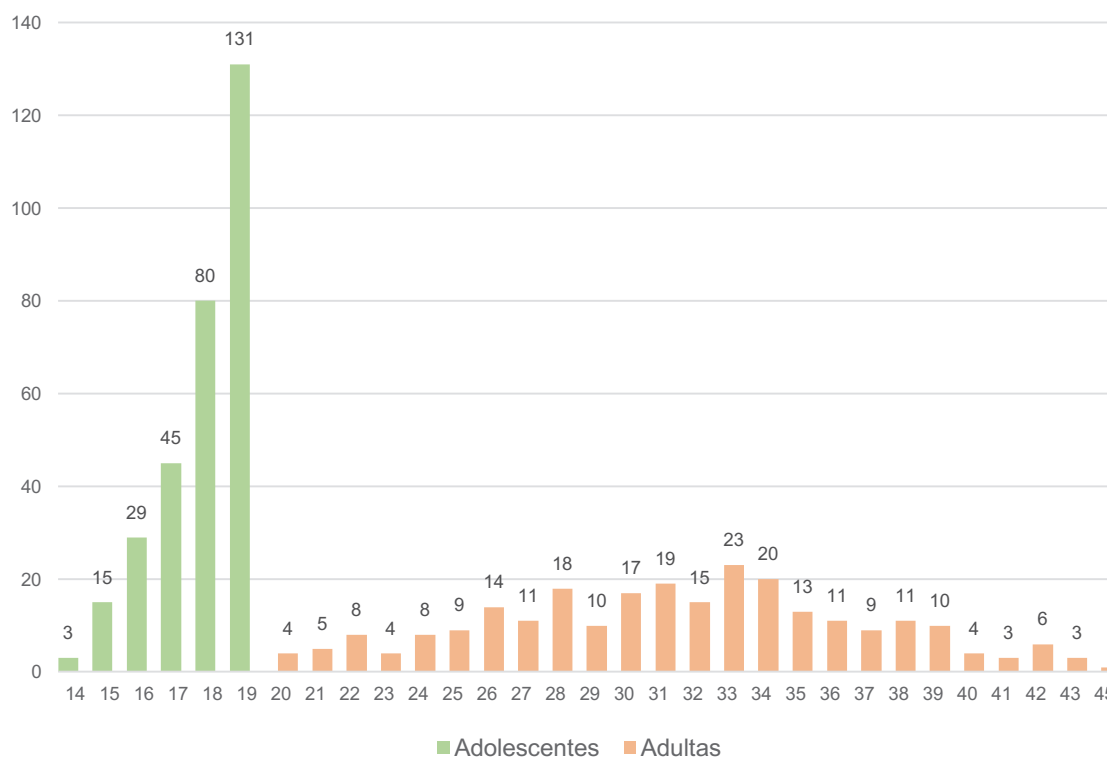
Casi la mitad de las gestaciones adolescentes que se atendieron en el HGURM, son residentes en Lorca, seguida de Totana y Águilas. Representan un 85% del total.

En Totana, sin embargo, el porcentaje de embarazos adolescentes está por encima del porcentaje de representación de la población femenina, siendo el número de embarazos adolescentes del 22% del Área III, mientras que su población femenina representa el 18% de la misma. En el caso de Águilas, ocurre lo contrario, la población femenina supone un 21% del total y el número de embarazos representa el 18%.

4.2.3. Edad de las pacientes al momento del parto en estudio

Tabla 23. Número de pacientes por edad según grupo

Edad	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
14	3	0,99	0	0
15	15	4,95	0	0
16	29	9,57	0	0
17	45	14,85	0	0
18	80	26,40	0	0
19	131	43,23	0	0
20	0	0	4	1,56
21	0	0	5	1,95
22	0	0	8	3,12
23	0	0	4	1,56
24	0	0	8	3,12
25	0	0	9	3,52
26	0	0	14	5,47
27	0	0	11	4,30
28	0	0	18	7,03
29	0	0	10	3,91
30	0	0	17	6,64
31	0	0	19	7,42
32	0	0	15	5,86
33	0	0	23	8,99
34	0	0	20	7,81
35	0	0	13	5,08
36	0	0	11	4,30
37	0	0	9	3,52
38	0	0	11	4,30
39	0	0	10	3,91
40	0	0	4	1,56
41	0	0	3	1,17
42	0	0	6	2,34
43	0	0	3	1,17
45	0	0	1	0,39
Total	303	100	256	100

Fig. 27. Número de pacientes por edad según grupo

$p < 0,05$

Tabla 24. Descriptivos para edad según grupo

Edad	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	303	14	17	18	17,90	1,25	19	19
Adultas	256	20	28	32	31,42	5,44	35	45

Observamos que sí hay diferencias significativas. Reportamos los resultados de la siguiente manera: se encontraron diferencias significativas para el grupo con $p = 0 < 0,05$.

Es un dato de alivio que hay menor porcentaje de pacientes adolescentes menores de 16 años con parto (16%), pero sin restarle la importancia ni verlo como una normalidad. Mayores de 18 años les corresponde casi un 70%. Las de 17 años son un 14%. Con una media de 17,90 años para las adolescentes y de 31,42 para las adultas. La Mediana para el grupo de adolescentes es de 18 años y para el grupo de adultas de 32 años.

Si cruzamos los datos de los casos adolescentes con la población de residencia de las madres menores de edad (31% entre 14 y 17 años), pertenecen en su mayoría a las poblaciones de Lorca (un 50%), Totana (23%) y Águilas (17%).

Si cruzamos los datos de las mayores de edad (69% con 18 y 19 años) con la nacionalidad, el 62% son españolas, el 17% ecuatorianas, el 14% marroquíes y un 4% rumanas.

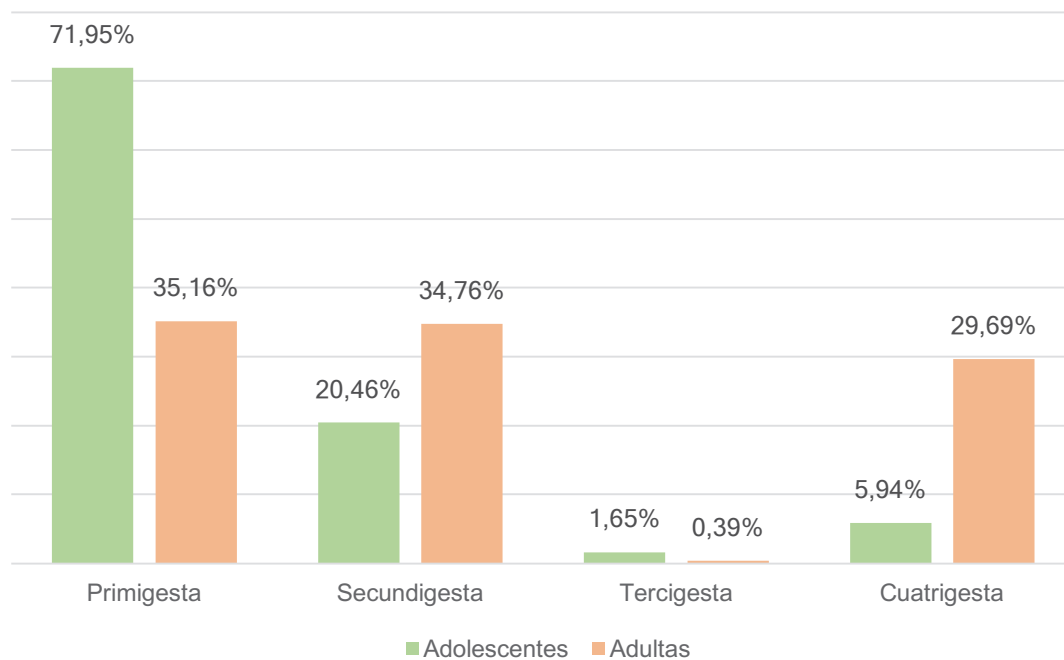
4.3. Resultados relacionados con el objetivo 2

4.3.1. Gravidéz

Tabla 25. Gravidéz de las pacientes en el momento del parto, según grupo

Gravidéz	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Primigesta	218	71,95	90	35,16
Secundigesta	62	20,46	89	34,76
Tercigesta	5	1,65	1	0,39
Cuatrigesta	18	5,94	76	29,69
Total	303	100	256	100

Fig. 28. Porcentaje de gravidéz de las pacientes en el momento del parto, según grupo



$p < 0,05$

Se describe en adelante la fórmula obstétrica con la que consulta en el momento del parto.

Tabla 26. Descriptivos para gravidéz según grupo

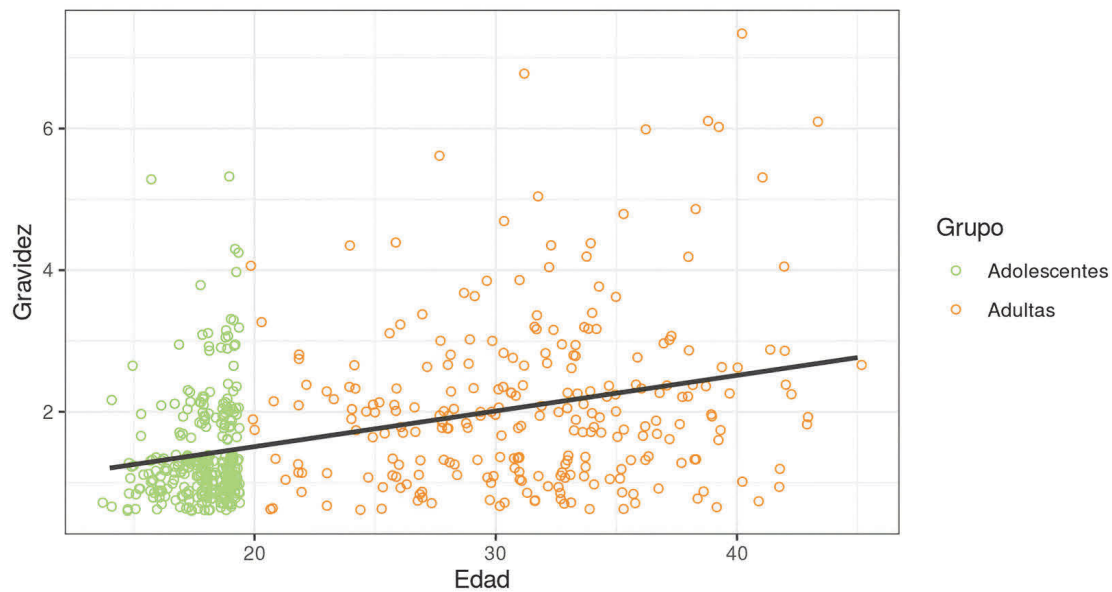
Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	303	1	1	1	1,38	0,71	2	5
Adultas	256	1	1	2	2,11	1,20	3	7

Observamos que sí hay diferencias significativas. Reportamos los resultados de la siguiente manera: se encontraron diferencias significativas para el grupo con $p = 0 < 0,05$.

Se observa que la mayoría de las pacientes adolescentes son primigestas en un 71,95 %, un 28,1% son multigestas.

Dentro del grupo de adultas o control un 35,1% son primigestas y un 64,9 % son multigestas. La media para el grupo de adolescentes es de 1,38 embarazos y para los adultos de 2,11 embarazos.

Fig. 29. Gráfico de regresión lineal edad frente a gravidez



R-cuadrado = 0,1417

4.3.2. Paridad de las pacientes que presentan en el parto en estudio

Tabla 27. Paridad en el momento del estudio según grupo, sin tomar en cuenta el parto en estudio

Paridad	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Múltipara	41	13,53	152	59,38
Nulípara	262	86,47	104	40,62
Total	303	100	256	100

Se tiene en cuenta la paridad que tenían antes de tener el parto en estudio.

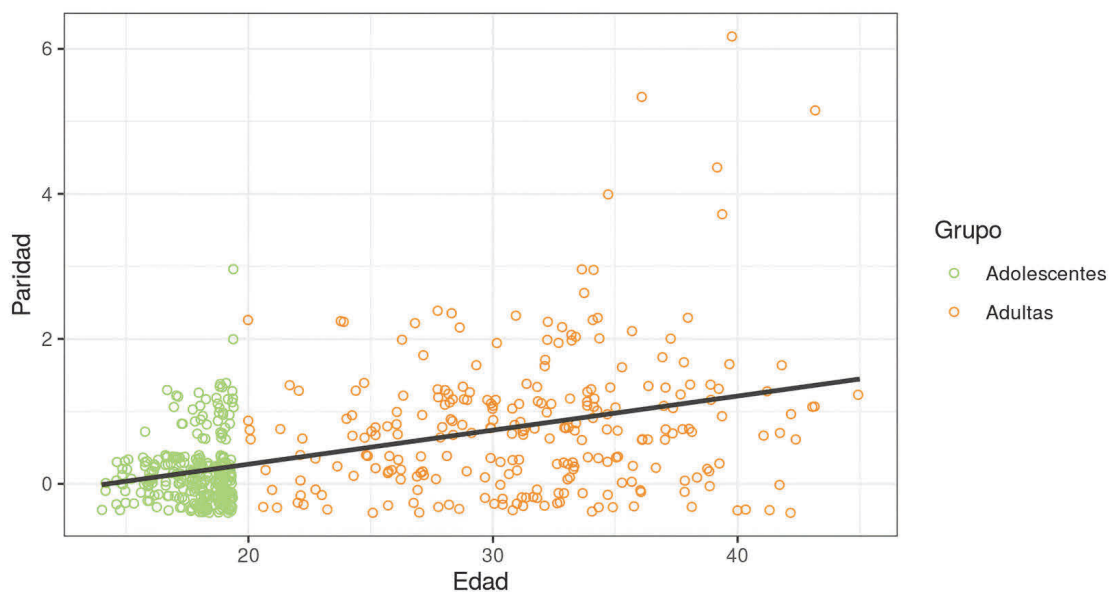
Tabla 28. Descriptivos para paridad según grupo

Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	303	0	0	0	0,16	0,40	0	3
Adultas	256	0	0	1	0,83	0,94	1	6

Observamos que sí hay diferencias significativas. Reportamos los resultados de la siguiente manera: se encontraron diferencias significativas para el grupo con $p = 0 < 0,05$.

Con un 86% de nulíparas en el grupo de adolescentes y un 40% de nulíparas para el grupo de adultas, teniendo en cuenta que el grupo de adolescentes contiene solo 4 años comparado con las más de dos décadas incluidas en el grupo de adultas o control. Seguidas de una sumatoria y clasificándolas a todas las que ya han tenido un parto como múltiparas se obtienen un 13,53% para el grupo de adolescentes y un 59,38% para el grupo de adultas.

Fig. 30. Gráfico de regresión lineal edad frente a paridad



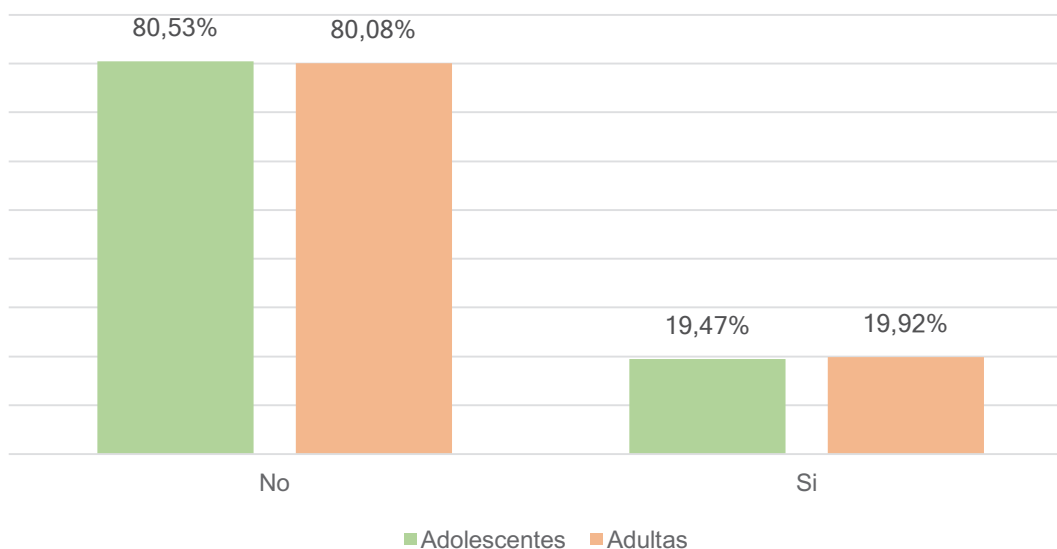
R-cuadrado = 0,2189

4.3.3. Antecedente de aborto en el momento del parto

Tabla 29. Número de pacientes con antecedente de abortos

Abortos	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
No	244	80,53	205	80,08
Si	59	19,47	51	19,92
Total	303	100	256	100

Fig. 31. Porcentaje de pacientes por aborto según grupo



$p = 0,32 > 0,05$, V de Cramer: 0,08

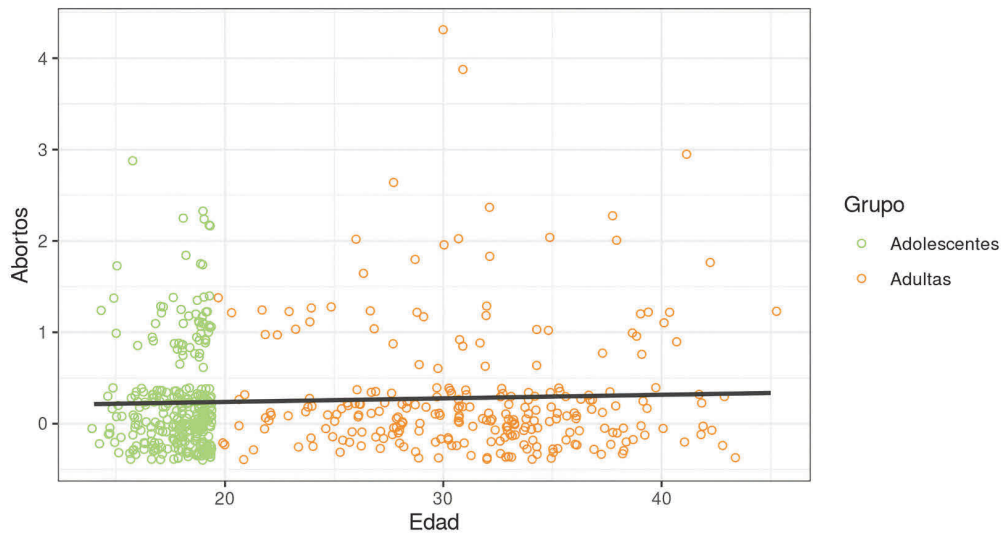
Tabla 30. Descriptivos para abortos según grupo

Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máy
Adolescentes	303	0	0	0	0,23	0,51	0	3
Adultas	256	0	0	0	0,28	0,66	0	4

Observamos que no hay diferencias significativas. Reportamos los resultados de la siguiente manera: no se encontraron diferencias significativas para el grupo con $t(475.51) = 1$, $p = 0.3187 > 0.05$, V de Cramer: 0.084.

Se toma en cuenta el antecedente de aborto independientemente sea espontáneo o provocado, puesto que la mayoría de historias no lo especifica. Se obtienen dentro de cada grupo un 19%, una cifra preocupante que nuestras adolescentes se equiparen en números al resto de la población, que incluye mayor grupo de edades, el grupo de adolescentes de 14-19 años y el grupo de adultos de 20 a 45 años. Dentro del grupo de adolescentes se describen dos IVEs en el momento de estudio casi en un 1%. Pacientes con historia de dos abortos 2%, y pacientes que han tenido un aborto sin especificar si es espontáneo o provocado casi un 16%.

Fig. 32. Gráfico de regresión lineal edad frente a abortos



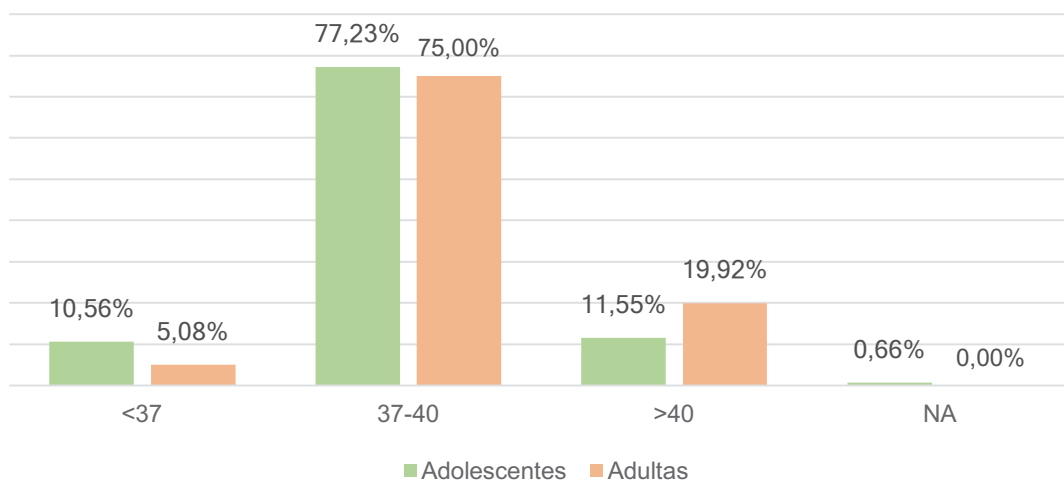
R-cuadrado = 0,009

4.3.4. Semanas de gestación con las que se presentó el parto

Tabla 31. Número de pacientes por semanas de gestación en el momento del parto según grupo

Semanas de gestación	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
<37	32	10,56	13	5,08
37-40	234	77,23	192	75,00
>40	35	11,55	51	19,92
NA	2	0,66	0	0
Total	303	100	256	100

Fig. 33. Porcentaje de pacientes por semanas de gestación en el momento del parto según grupo



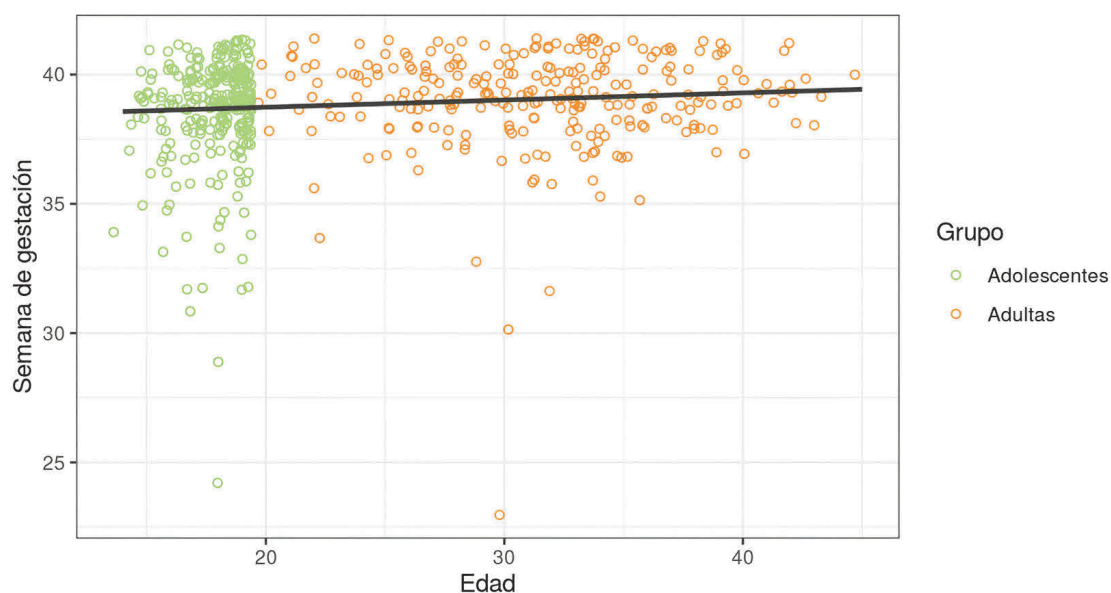
p = 0,02 < 0,05

Tabla 32. Descriptivo para semanas de gestación según grupo

Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	303	24	38	39	38,67	2,10	40	41
Adultas	256	23	38	39	39,06	1,89	40	41

Observamos que sí hay diferencias significativas. Reportamos los resultados de la siguiente manera: se encontraron diferencias significativas para el grupo con $p = 0,02 < 0,05$.

Fig. 34. Gráfico de regresión lineal edad frente a semanas de gestación



R-cuadrado = 0,0095

Agrupamos las semanas como gestación a término, a las mayores de 37 semanas obteniendo un 88,77%. Y un 10,5% de partos pre término. Dentro del grupo de adultas o control se obtiene un 94,9% de partos a término, siendo un 5% de partos pre término. Observando el aumento de partos pre términos en el grupo de casos o adolescentes.

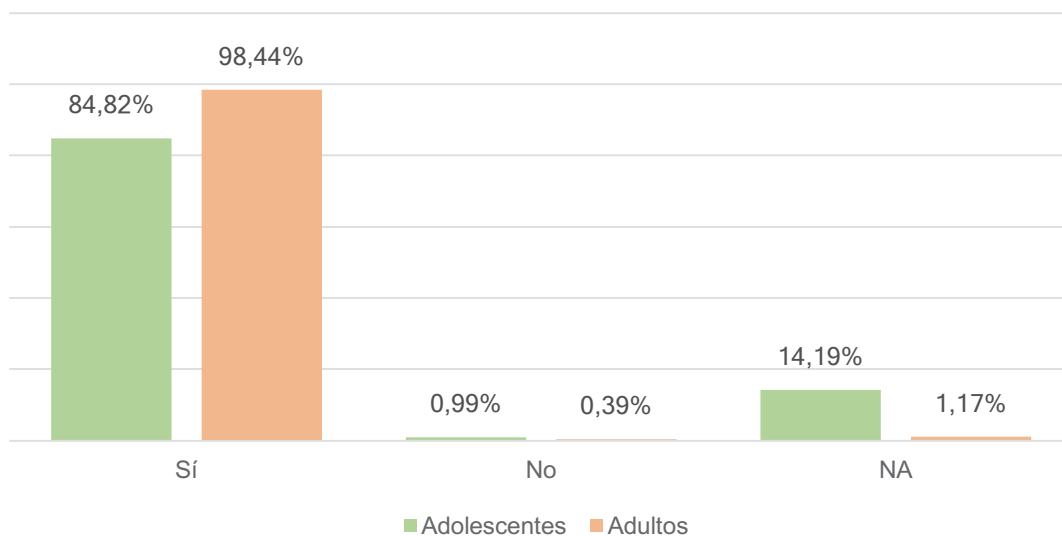
Se obtienen una media de semanas de gestación de 38,67 para las adolescentes y de 39,06 semanas para las adultas. Con una mediana que corresponde en ambos grupos de 39 semanas. Hay que tener en cuenta que las pacientes menores de 32 semanas, por norma general, se remiten a un centro de primer nivel, por no disponer de UCI neonatal, a nuestro hospital de referencia, el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

4.3.5. Presencia de control gestacional en nuestras pacientes

Tabla 33. Número de pacientes por control de gestación según grupo

Control de gestación	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	257	84,82	252	98,44
No	3	0,99	1	0,39
NA	43	14,19	3	1,17
Total	303	100	256	100

Fig. 35. Porcentaje de pacientes por control de gestación según grupo



$p = 0,62 > 0,05$, V de Cramer: 0,04

Como se describe anteriormente las adolescentes llevan control gestacional en un 84,82% y 98,44% las adultas. Recordemos que describimos los datos encontrados en las historias clínicas. No tenemos acceso a las cartillas maternas y no se valora el número total de controles del embarazo.

De las 4 pacientes (tres son adolescentes y una adulta) que no tienen un control de la gestación:

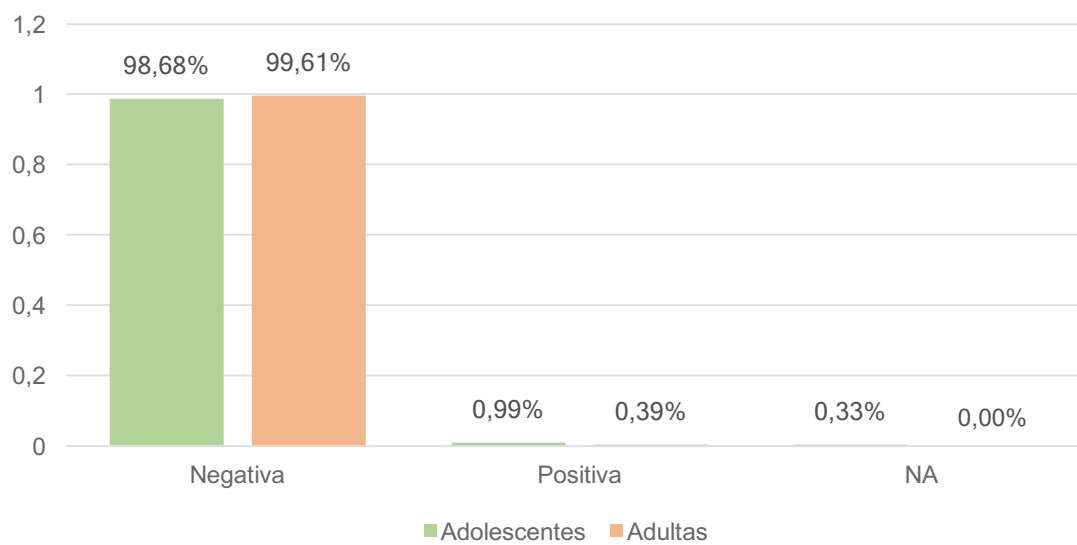
- Son gestaciones a término.
- 2 terminan en cesárea y otras 2 de forma eutócica.
- Nacen con buenos pesos y Apgar.
- Antecedentes: Una adolescente tiene discapacidad y violación, otra tiene de base una patología neurológica. La paciente adulta no tiene descrito ningún antecedente.

4.3.6. Serología durante el embarazo y el parto

Tabla 34. Número de pacientes por serología según grupo

Serología	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Negativa	299	98,68	255	99,61
Positiva	3	0,99	1	0,39
NA	1	0,33	0	0
Total	303	100	256	100

Fig. 36. Porcentaje de pacientes por serología según grupo



$p = 0,63 > 0,05$, V de Cramer: 0,36

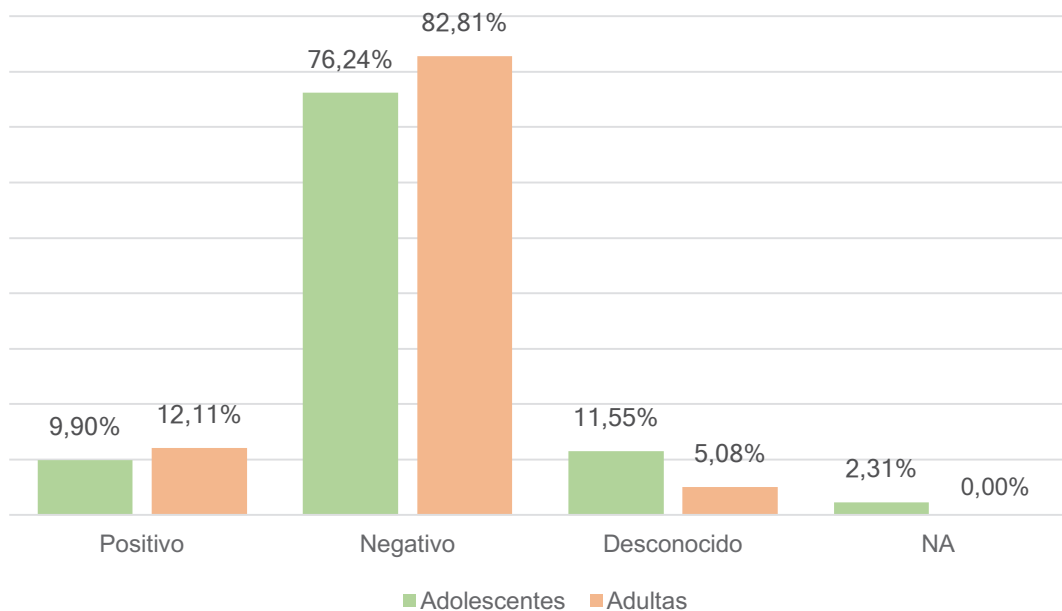
Variable con resultado no significativo a pesar de tener 3 a 1 de positivas más dentro del grupo de adolescentes que dentro del grupo de adultas, se valora dentro de las serologías la positividad a VIH, Hepatitis B, C, y sífilis.

4.3.7. Resultado de la prueba AGA en las gestantes

Tabla 35. Número de pacientes por AGA realizado comparando su resultado según grupo en el momento del parto

AGA	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Positivo	30	9,90	31	12,11
Negativo	231	76,24	212	82,81
Desconocido	35	11,55	13	5,08
NA	7	2,31	0	0
Total	303	100	256	100

Fig. 37. Porcentaje de resultado de AGA en el momento del parto según grupo



$p < 0,05$

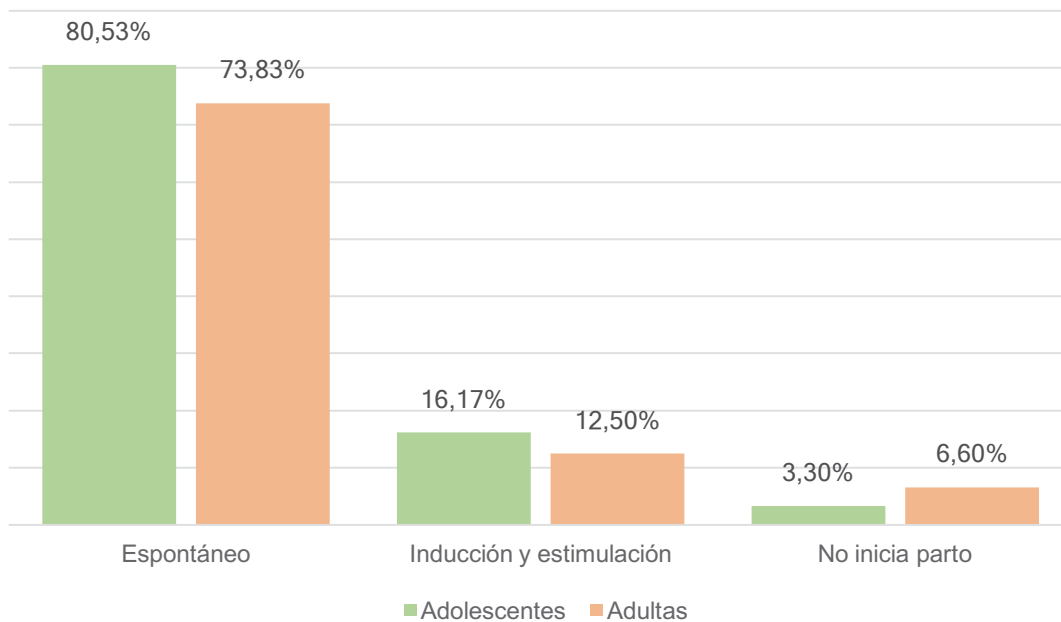
Se observa que en el grupo de adolescentes casi un 10% tienen AGA positivo, y en el grupo de adultas algo más de un 12% de las pacientes presentan AGA positivo. Observando diferencias en el resultado desconocido dentro del grupo de adolescentes se tienen un 11,55% mientras que solo un 5% de adultas tiene su parto con resultado desconocido, lo que coincide con la presencia de mayor número de pacientes en control tardío, y mayor incidencia de partos prematuros, como se describe más adelante.

4.3.8. Tipo de Inicio de parto en el HGURM

Tabla 36. Número de pacientes por inicio del parto según grupo

Inicio de parto	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Espontáneo	244	80,53	189	73,83
Inducción y estimulación	49	16,17	32	12,50
No inicia parto	10	3,30	20	6,6
Total	303	100	256	100

Fig. 38. Porcentaje de pacientes por inicio de parto según grupo



$p < 0,05$

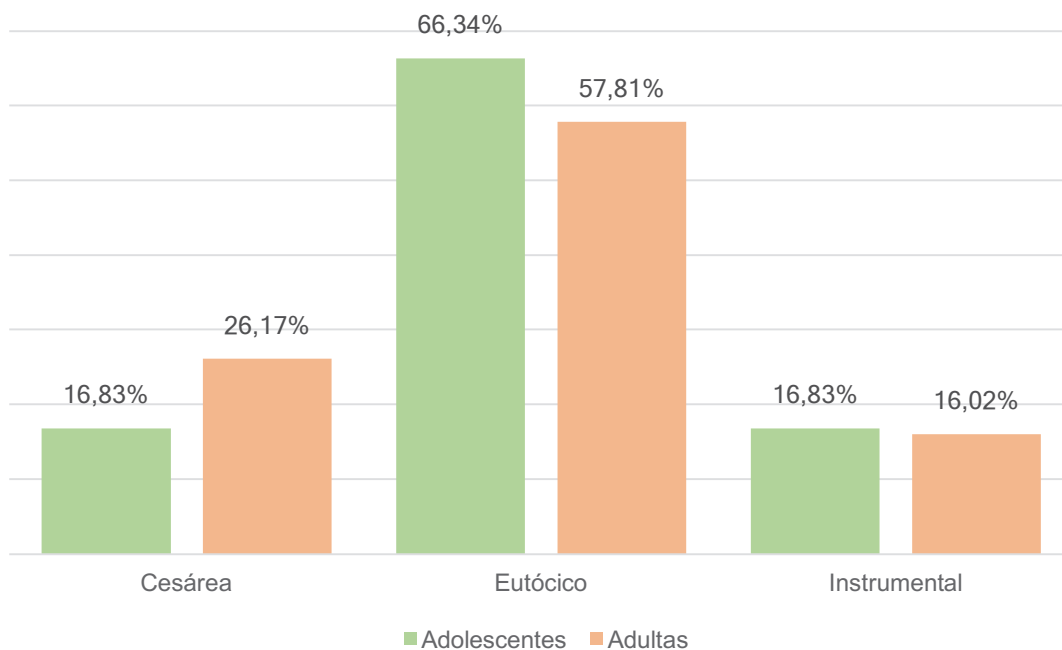
La mayoría en ambos grupos inician el parto de forma espontánea y son inducidas en un porcentaje similar en ambos grupos. Se describen 20 pacientes adultas que no inician parto y 10 dentro del grupo de adolescentes por finalizar el parto mediante cesárea programada.

4.3.9. Tipo de finalización del parto

Tabla 37. Número de pacientes por tipo de parto según grupo

Tipo de parto	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Cesárea	51	16,83	67	26,17
Eutócico	201	66,34	148	57,81
Instrumental	51	16,83	41	16,02
Total	303	100	256	100

Fig. 39. Porcentaje de pacientes por tipo de parto según grupo



$p < 0,05$

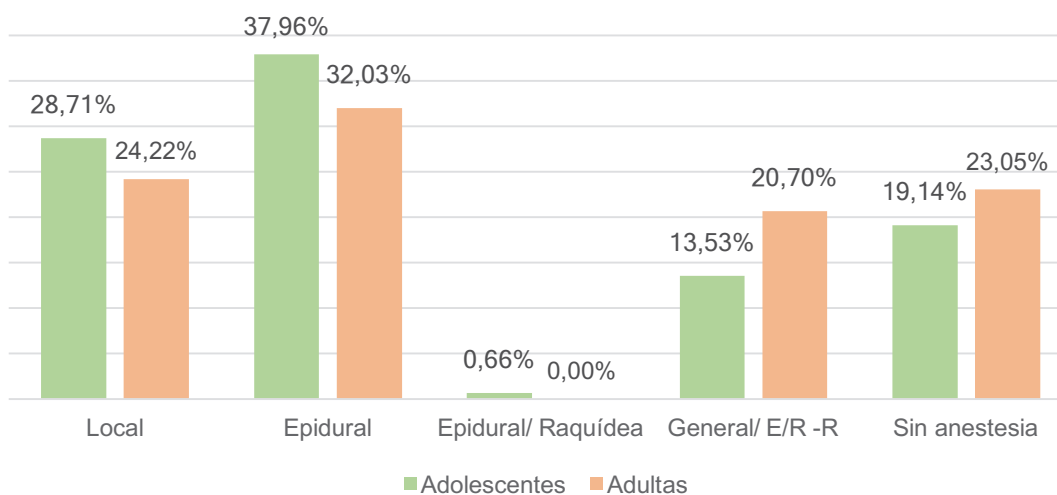
El porcentaje de finalización del parto dentro de uno y otro grupo corresponde a partos eutócicos un 66,33% para las adolescentes y un 39,06% para las adultas. Con un 26% de cesáreas dentro de las adultas y un 16% dentro de las adolescentes. Siendo un 33,66% de presencia obstétrica dentro de los partos adolescentes. Se realizan más instrumentaciones dentro de los partos de adolescentes, aunque el porcentaje en representación resulte similar, el tipo de instrumentación utilizada puede ser ventosa, fórceps o espátulas.

4.3.10. Analgesia utilizada en el momento del parto

Tabla 38. Número de pacientes y tipo de analgesia durante el parto según grupo

Analgesia	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Local	87	28,71	62	24,22
Epidural	115	37,96	82	32,03
Epidural/Raquídea	2	0,66	0	0
General/E/R-R	41	13,53	53	20,70
Sin anestesia	58	19,14	59	23,05
Total	303	100	256	100

Fig. 40. Porcentaje de pacientes por analgesia según grupo



$p > 0,05$, V de Cramer: 0,11

Clínicamente se observa diferencia, aunque no hay resultados estadísticamente significativos. En las adolescentes se utiliza más analgesia, tanto epidural como local, que en las adultas. Se observa mayor porcentaje de analgesia raquídea en adultas, con lo que se puede intuir mayor número de cesáreas programadas.

Para hacerlo más esquemático se expone el tipo de analgésica con la finalización del parto, encontrando que hay más pacientes con analgesia epidural que terminan su parto de forma espontánea, pero también son más en las que se realiza instrumentación del parto, comparado con el grupo de adultas.

Tabla. 39. Analgesia utilizada en el parto frente a finalización de parto

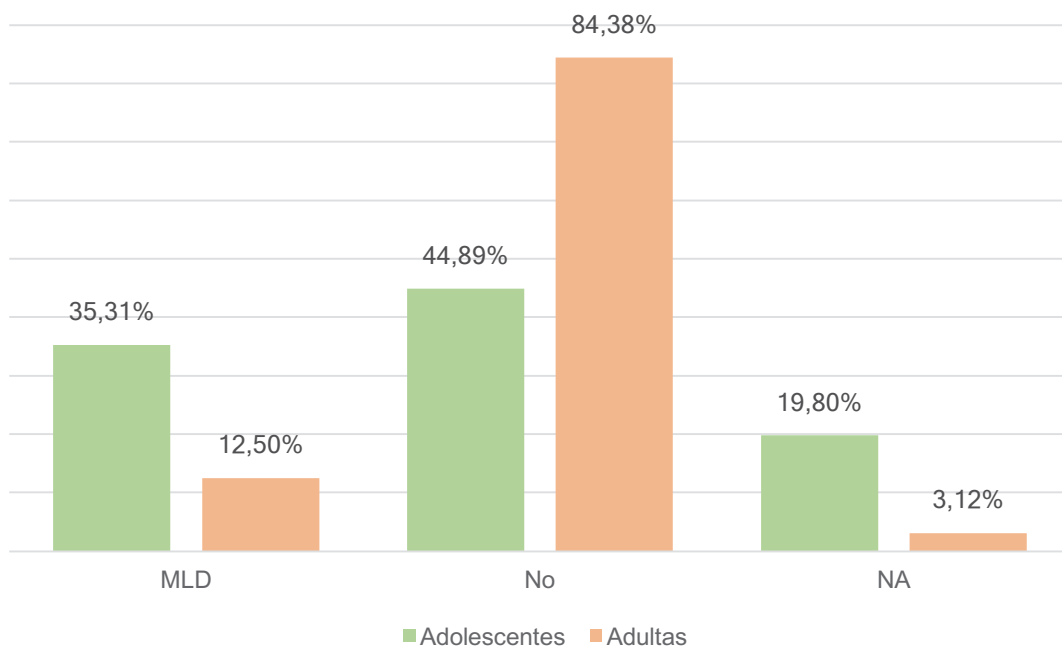
	Adolescentes				Adultas			
	Eutócico		Instrumental		Eutócico		Instrumental	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Local	64	21,12	18	5,94	54	21,09	7	2,73
Epidural	74	24,42	32	12,50	38	14,84	30	11,72

4.3.11. Episiotomía

Tabla 40. Número de pacientes y práctica de episiotomía en el parto según grupo

Episiotomía	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
MLD	107	35,31	32	12,50
No	136	44,89	216	84,38
NA	60	19,80	8	3,12
Total	303	100	256	100

Fig. 41. Porcentaje de pacientes por episiotomía según grupo



$p < 0,05$

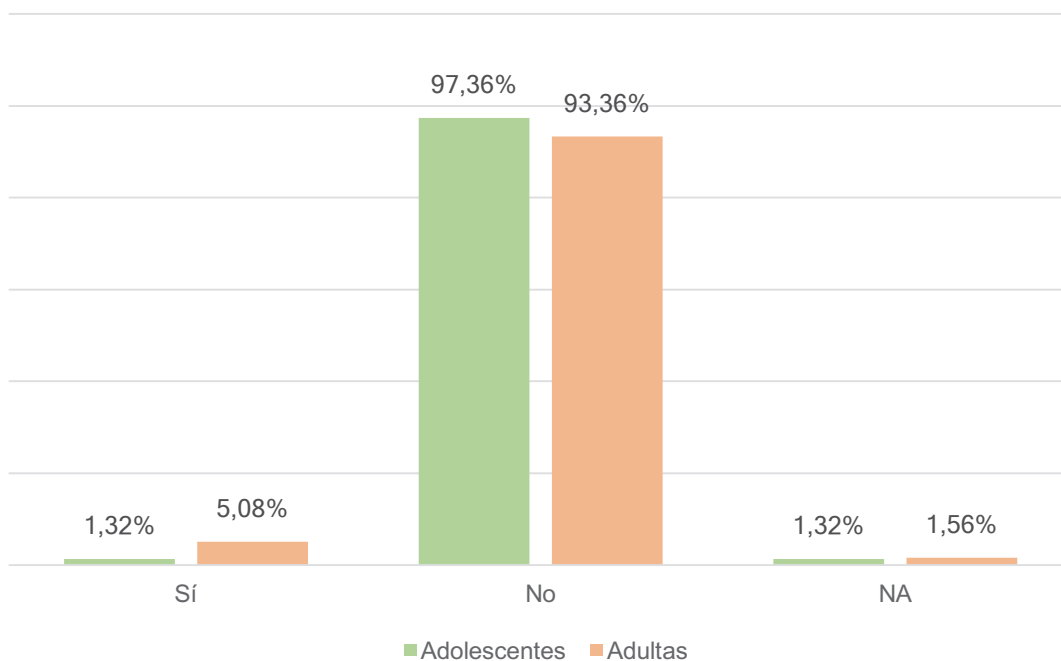
Dentro del grupo que no se realiza episiotomía se encuentra las adolescentes con un 44,89% y las adultas con un 84,38%, frente al 12,5%, que sí se realiza episiotomía y un 35,31% de las adolescentes en las que sí se realiza. Se encuentran diferencias significativas teniendo en cuenta que n de adolescentes es mayor.

4.3.12. Distocia

Tabla 41. Presencia de distocia en los partos en el HGURM, según grupo

Distocia	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	4	1,32	13	5,08
No	295	97,36	239	93,36
NA	4	1,32	4	1,56
Total	303	100	256	100

Fig. 42. Presencia de pacientes de distocia en el parto según grupo



$p < 0,05$

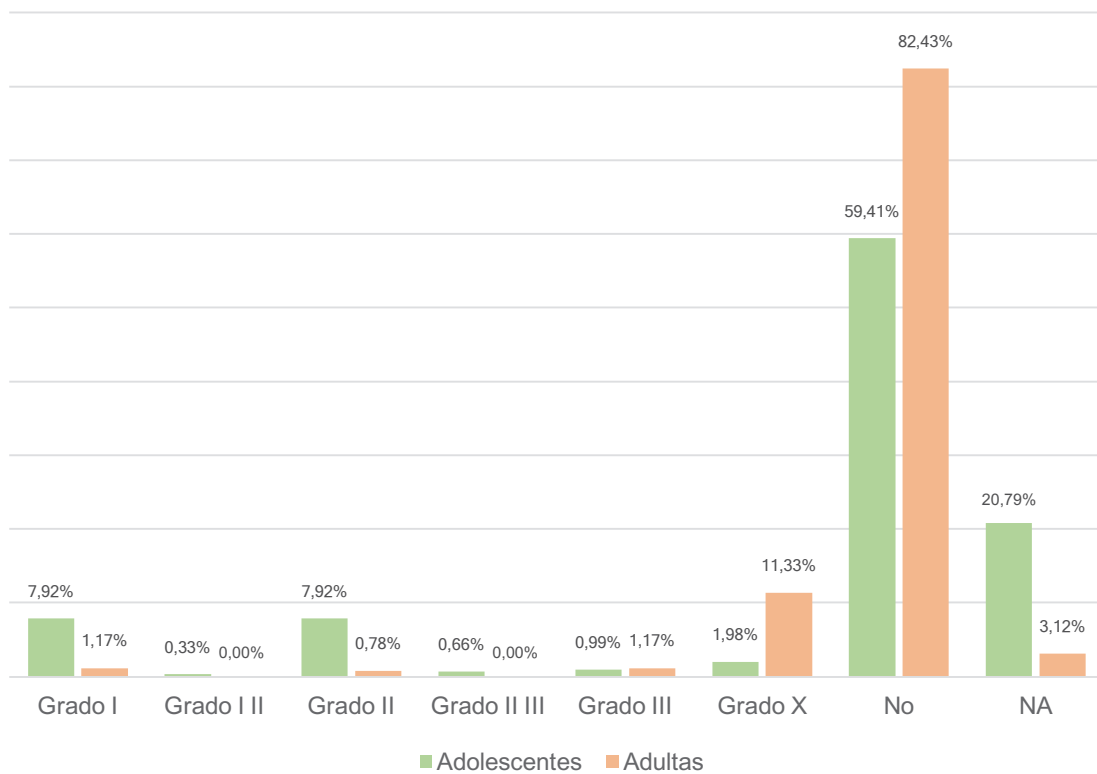
Se observa mayor número de distocias dentro de los partos de adultas con un 5,08%. De los 303 casos de estudio, dos están descritos claramente, lo que no quiere decir que existan más, en forma leve, pues el registro de las distocias en el hospital se lleva desde el año 2018.

4.3.13. Desgarros vaginales descritos en las historias clínicas

Tabla 42. Número de pacientes por desgarro vaginal durante el parto según grupo

Grado de desgarro	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Grado I	24	7,92	3	1,17
Grado I II	1	0,33	0	0
Grado II	24	7,92	2	0,78
Grado II III	2	0,66	0	0
Grado III	3	0,99	3	1,17
Grado X	6	1,98	29	11,33
No	180	59,40	211	82,42
NA	63	20,79	8	3,12
Total	303	100	256	100

Fig. 43. Porcentaje de pacientes por desgarro vaginal según grupo



$p < 0,05$

Parecía oportuno describir los grados de desgarro pues hasta el grado II son resueltos por matrona, el resto son resueltos por obstetra y, generalmente, en quirófano.

Describiremos a continuación la presencia o ausencia de desgarro para observarlo con claridad, se clasifica como desgarro X aquel que no tiene descripción de grado en la historia clínica.

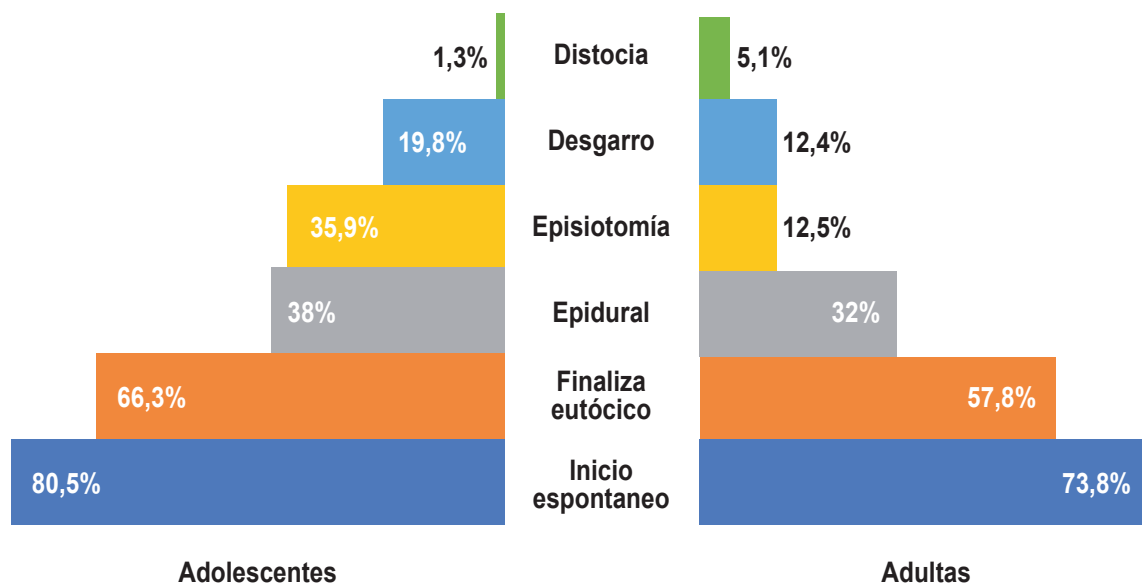
Tabla 43. Porcentaje de presencia de desgarro vaginal durante el parto

Desgarro	Adolescentes	Adultas
Sí	19,8%	12,4%
No	59,4%	82,42%

El porcentaje de NA se ha excluido de esta tabla.
Fuente: Elaboración propia

De las 60 pacientes adolescentes en las que se describe desgarro vaginal, el 92% de los casos de finaliza su parto de forma eutócica. Recordar que también es el grupo en el que se realizan más episiotomías.

Fig. 44. Análisis del parto en HGURM



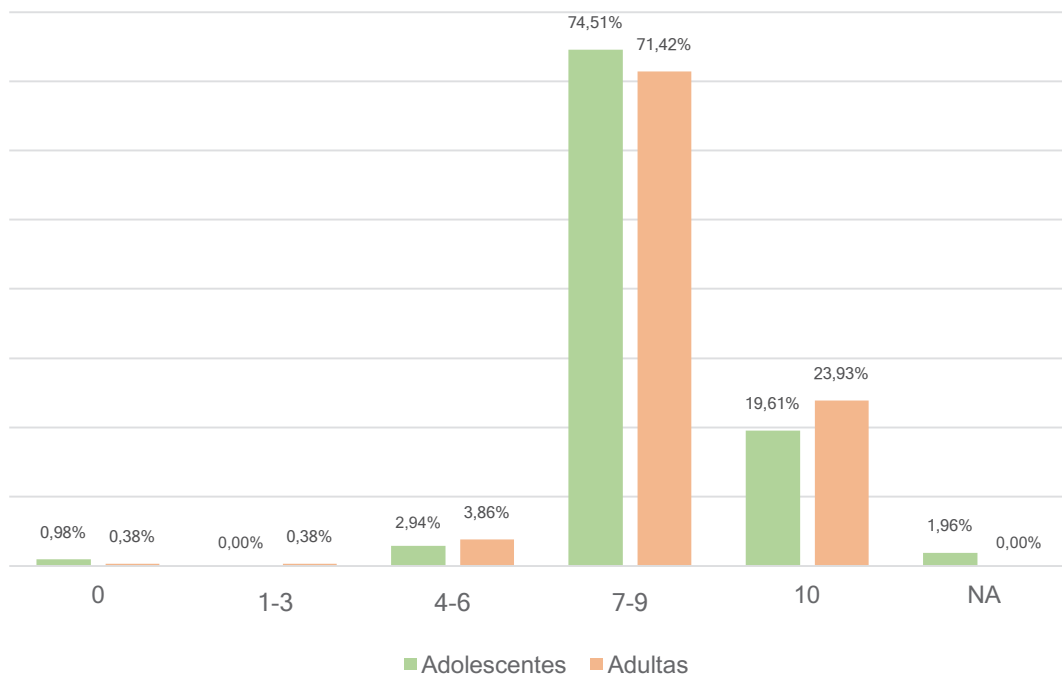
Fuente: elaboración propia

4.3.14. Apgar del recién nacido al primer minuto

Tabla 44. Número de pacientes por Apgar al primer minuto según grupo

Apgar primer minuto	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
0	3	0,98	1	0,38
1-3	0	0	1	0,38
4-6	9	2,94	10	3,86
7-9	228	74,51	185	71,42
10	60	19,61	62	23,93
NA	6	1,96	0	0
Total	306	100	259	100

Fig. 45. Porcentaje de pacientes por Apgar al primer minuto según grupo



$p = 0,41 > 0,05$, V de Cramer: 0,16

Tabla 45. Descriptivos para Apgar al primer minuto según grupo

Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	300	0	9	9	8,95	1,01	9	10
Adultas	259	0	9	9	8,88	1,23	9	10

Observamos que no hay diferencias significativas para el Apgar al primer minuto, con $t(499,49) = 0,76$, $p = 0,41 > 0,05$

Dentro de los Apgar del primer minuto los menores de 7, corresponden a un 3,96% para las adolescentes y un 4,68% para los adultos.

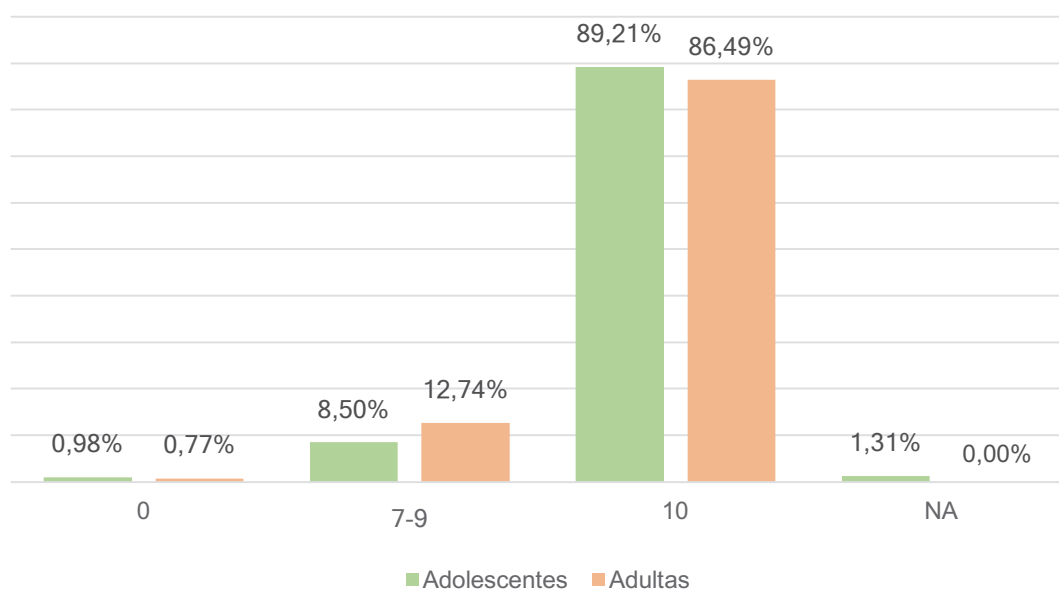
4.3.15. Apgar del recién nacido al minuto 5

Tabla 46. Número de pacientes por Apgar al minuto 5 según grupo

Apgar minuto 5	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
0	3	0,98	2	0,77
7-9	26	8,50	33	12,74
10	273	89,21	224	86,49
NA	4	1,31	0	0
Total	306	100	259	100

No se describen Apgar menores de 7 porque no se encuentran resultados.

Fig. 46. Porcentaje de pacientes por Apgar al minuto 5 según grupo



$p = 0,31 > 0,05$, V de Cramer: 0,13

Tabla 47. Descriptivos para Apgar al quinto minuto según grupo

Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	302	0	10	10	9,86	0,68	10	10
Adultas	259	0	10	10	9,75	1,00	10	10

Observamos que no hay diferencias significativas, con $t(447,04) = 1,46$, $p = 0,31 > 0,05$.

La media y la mediana coinciden, la mayoría de los Apgar mejoran al quinto minuto con respecto al primer minuto, en ambos grupos.

4.3.16. pH de cordón del recién nacido

Tabla 48. Descriptivos para pH de cordón del recién nacido según grupo

Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	40	1	2,0	2	3,08	2,39	2	10
Adultas	3	6	6,5	7	6,67	0,58	7	7

A pesar de obtener pocos datos en control, observamos que es clínicamente relevante, porque la media del pH de las adultas es mayor que en el grupo de adolescentes. Reportamos los resultados de la siguiente manera: se encontraron diferencias significativas para el grupo con $t(9,63) = -7,13$, $p = 0 < 0,05$.

4.3.17. Tiempo de estancia en paritorio hasta el expulsivo

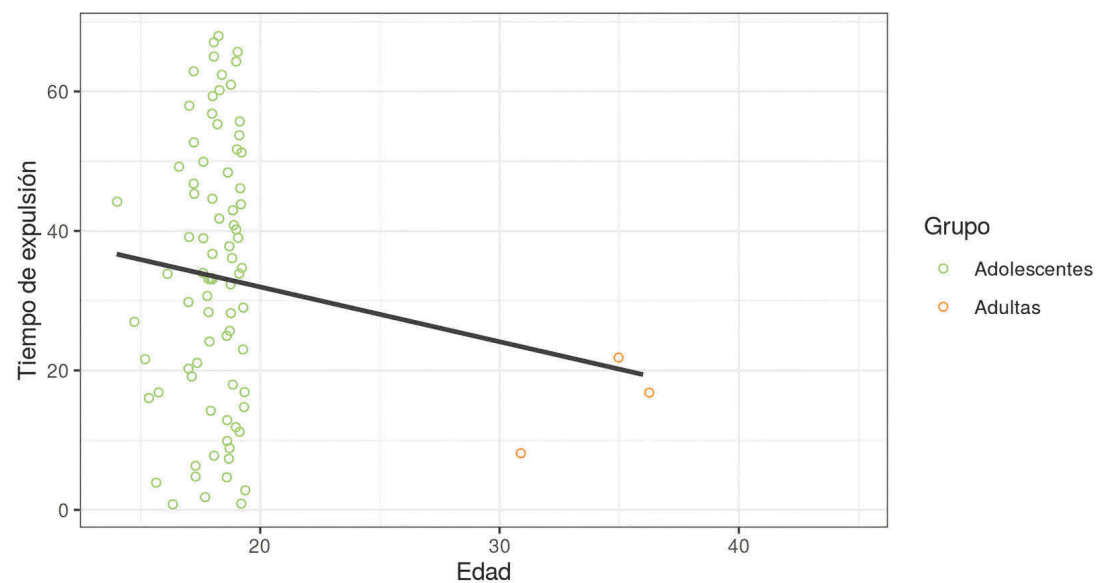
Recordemos que se obtienen muy pocos datos de esta variable pues pasó a estar descrita dentro del formulario del paritorio en 2017 y, a pesar de ello, no se obtienen todos los tiempos de todos los partos, pues no es un dato de solicitud obligatorio para completar el formulario.

Tabla 49. Descriptivos para tiempo de duración de periodo activo del parto hasta el expulsivo según grupo

Grupo	n	Mín	Q1	Mediana	Media	Sd	Q3	Máx
Adolescentes	81	1	18,0	34	33,72	18,95	48,0	68
Adultas	3	8	12,5	17	15,67	7,09	19,5	22

$p < 0.05$

Fig. 47. Gráfico de regresión lineal edad frente tiempo de expulsión



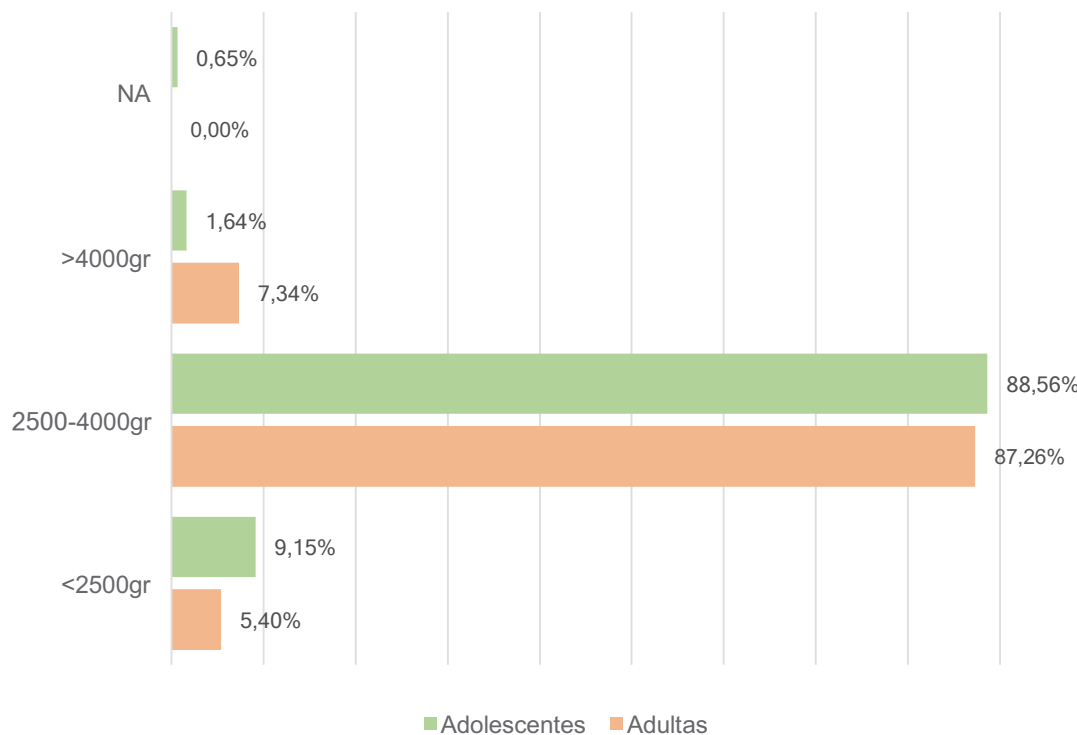
R-cuadrado = 0,0058

4.3.18. Peso del recién nacido

Tabla 50. Número de pacientes por peso del recién nacido según grupo

Peso del recién nacido	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
<2500	28	9,15	14	5,40
2500-4000	271	88,56	226	87,26
>4000	5	1,64	19	7,34
NA	2	0,65	0	0
Total	306	100	259	100

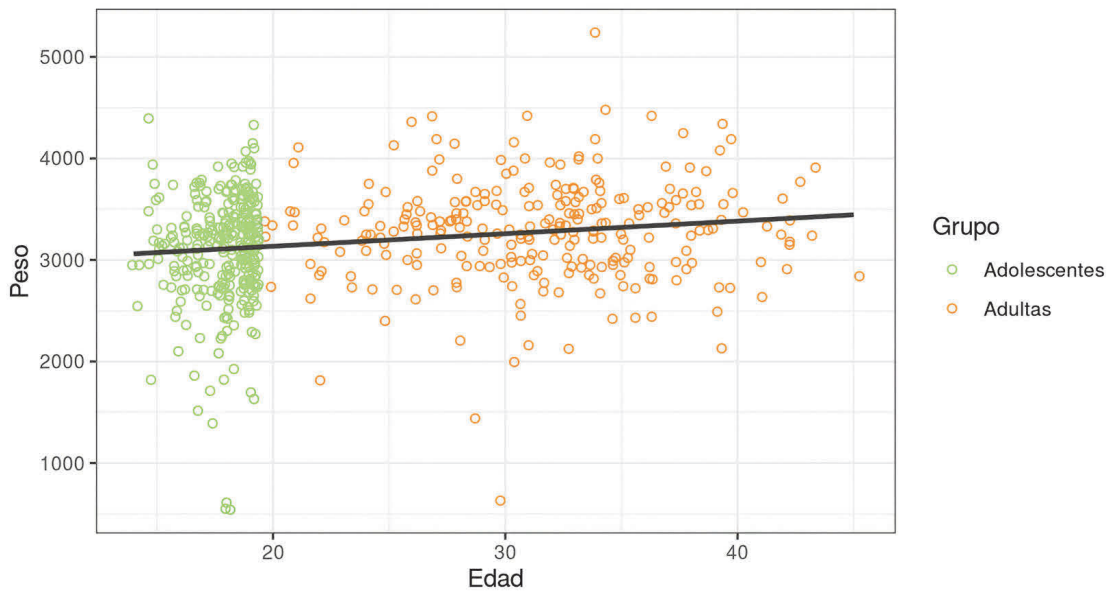
Fig. 48. Porcentaje de pacientes por peso del recién nacido



$p < 0,05$

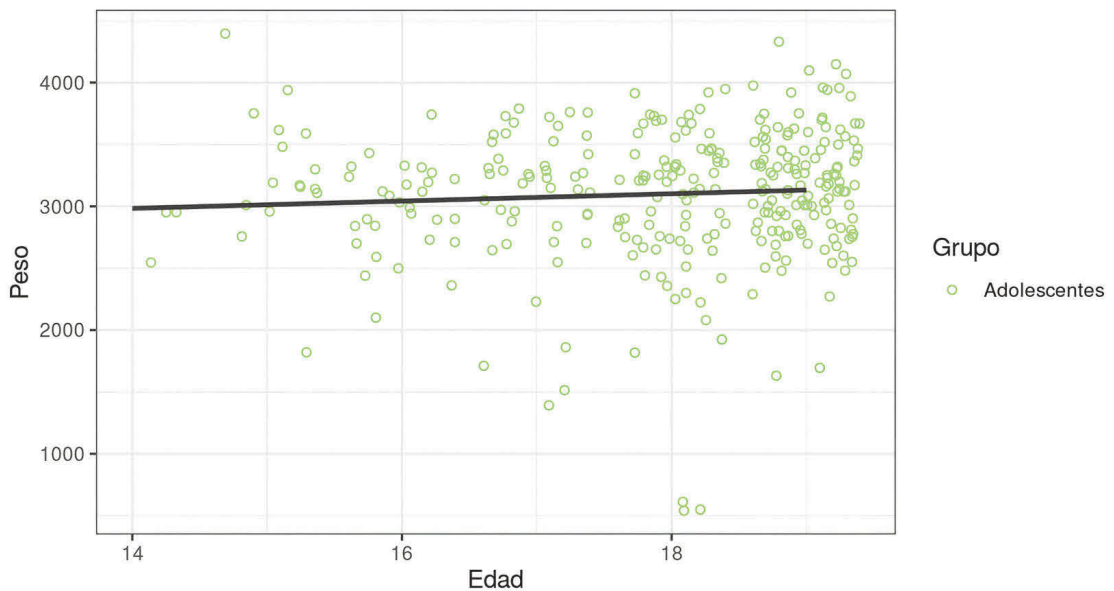
Se agrupan por pesos obteniendo bajo peso o peso por debajo de 2,500 gramos, dentro del grupo de las adolescentes en un 9,28%, y dentro del grupo de las adultas un 5,46%. Hay diferencia significativa, apoyando que los partos de adolescentes tienen niños con bajo peso más que en el resto de la población. En total fueron 306 parto (3 de ellos gemelares). De los cuales, 28 (9%) fueron de bajo peso (por debajo de 2500 gr.).

La media de peso de los recién nacidos en las adolescentes es de 3098,24 gr., mientras que en las adultas es de 3288,97 gr. La media de todos los recién nacidos es de 3185,98 gr.

Fig. 49. Gráfico de regresión lineal edad frente a peso

R-cuadrado = 0,0298

Para expresar mejor los datos extraemos los datos de los adolescentes para poner en evidencia que hay más partos de bajo peso en adolescentes.

Fig. 50. Gráfico de regresión lineal edad frente a peso en adolescentes

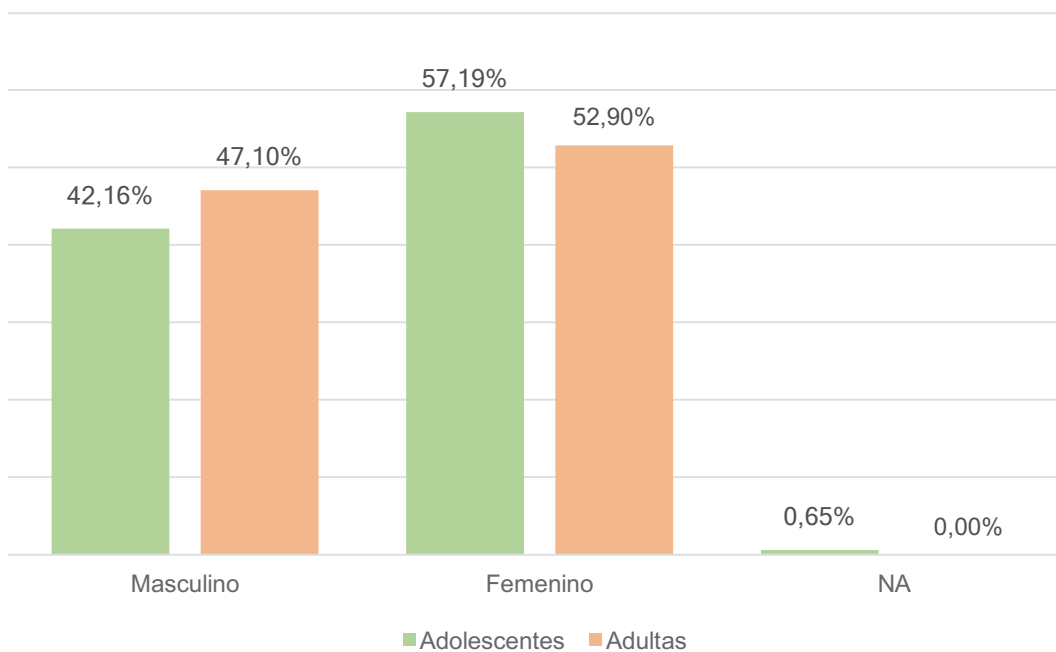
R-cuadrado = 0,0013

4.3.19. Sexo del recién nacido

Tabla 51. Número de pacientes por sexo del recién nacido según grupo

Sexo	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Masculino	129	42,16	122	47,10
Femenino	175	57,19	137	52,90
NA	2	0,65	0	0
Total	306	100	259	100

Fig. 51. Porcentaje de pacientes por sexo del recién nacido según grupo



$p > 0,05$, V de Cramer: 0,05

No hay diferencias significativas en cuanto al sexo del recién nacido en relación con el grupo de control. El 58% de los partos son de sexo femenino y el 42% masculino para el grupo en estudio. Solo en 2 casos no se incluyó el sexo en la descripción al nacer.

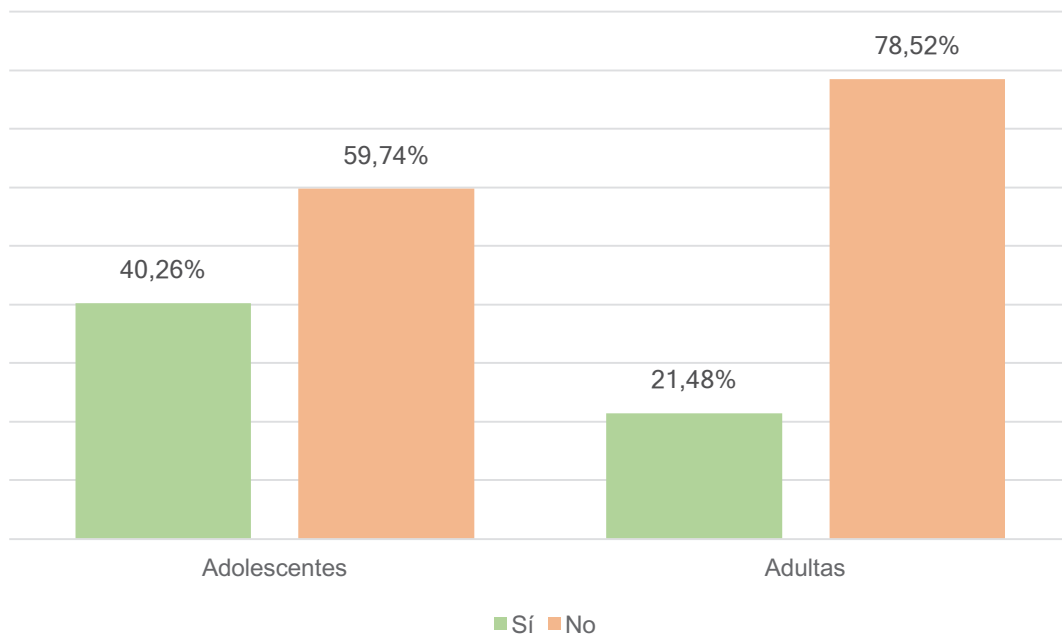
4.4. Resultados relacionados con el objetivo 3

4.4.1. Factores de riesgo durante la gestación del parto en estudio

Tabla 52. Número de pacientes por factores de riesgo durante la gestación según grupo

Factores de riesgo	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	122	40,26	55	21,48
No	181	59,74	201	78,52
Total	303	100	256	100

Fig. 52. Porcentaje de pacientes por factores de riesgo según grupo



$p < 0.05$

Conocemos la presencia de factores de riesgo y cuando se considera positiva la presencia de éstos (descrito en el apartado 3.4.3). Es evidente que hay más riesgo dentro del grupo de casos que dentro del grupo de controles, con un 40% para las adolescentes y un 21% de presencia de factores de riesgo para las adultas.

4.4.2. Patología sobre agregada en el momento de la gestación en estudio

Tabla 53. Número de pacientes por patología sobre agregada en el momento de la gestación según grupo

Patología sobre agregada	Adolescentes		Adultas	
	N	%	N	%
Anemia	6	1,98	1	0,39
control tardío	6	1,98	0	0
control tardío /metabólica	1	0,33	0	0
discapacidad 90 %/violación	1	0,33	0	0
EHE	8	2,64	2	0,78
EHE/metabólica	0	0	1	0,39
Endometriosis	0	0	2	0,78
feto + anteparto	1	0,33	0	0
Gemelar	2	0,66	0	0
ITS	2	0,66	0	0
mal control gestacional	2	0,66	0	0
malformación uterina	0	0	1	0,39
metabólica/hematológica	1	0,33	0	0
metabólico/psicológica	1	0,33	0	0
no control de embarazo	1	0,33	0	0
patología cardíaca	2	0,66	2	0,78
patología cervical	0	0	1	0,39
patología digestiva	1	0,33	2	0,78
patología hematológica	8	2,64	5	1,95
patología metabólica	11	3,63	20	7,81
patología musculoesquelética	3	0,99	1	0,39
patología neurológica	6	1,98	1	0,39
patología quirúrgica	1	0,33	3	1,17
patología renal	0	0	2	0,78
patología respiratoria	2	0,66	7	2,73
patología reumatológica	0	0	2	0,78
patología urinaria	5	1,65	4	1,56
Patología psicológica	14	4,62	0	0
respiratoria/metabólica	2	0,66	0	0
respiratoria/psicológica	2	0,66	0	0
toxicómana	2	0,66	0	0
urinario/psicológica	1	0,33	0	0
Ninguna	211	69,63	199	77,73
Total	303	100	256	100

La explicación del mayor desglose de la presencia de patologías sobre agregadas dentro de un grupo de estudio es muy importante para determinar si sumado al factor de riesgo tiene mayor nivel de complejidad. Se agrupan por patologías (descrito en el apartado 3.4.3) en la descripción de variables. Se presenta mayor número de patologías sobre agregadas en el grupo de adolescentes que en el grupo de adultas. Solo hay diferencia dentro de la patología metabólica en adultas en las que hay mayor prevalencia de diabetes gestacional.

Fig. 53. Comparativa de patologías sobre agregadas durante la gestación por grupos de estudio

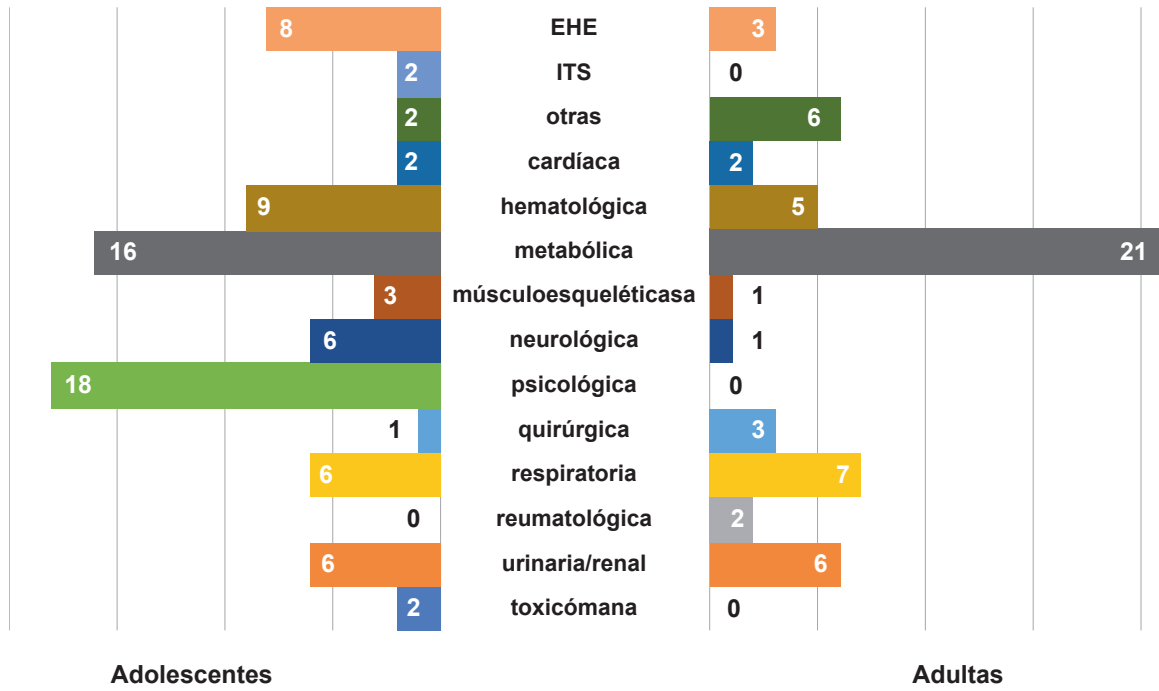


Tabla 54. Prevalencia de patología sobre agregada en las gestantes

Patología sobre agregada	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	86	28,38	57	22,27
No	217	71,62	199	77,73
Total	303	100.00	256	100.00

Hay mayor porcentaje de patologías sobre agregadas en las adolescentes que en las adultas.

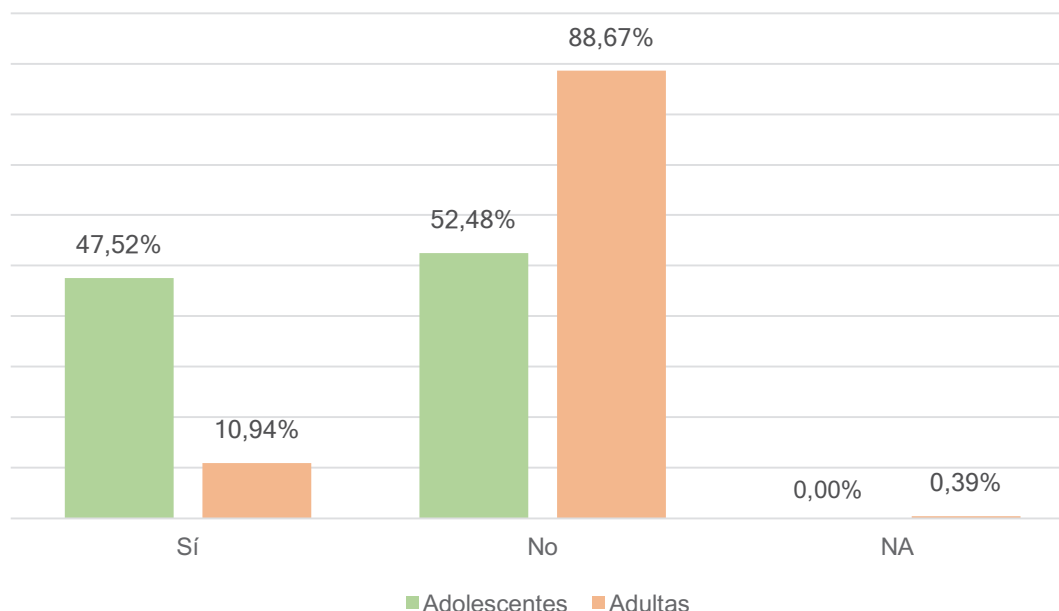
4.4.3. Complicaciones en el parto y puerperio

Tabla 55. Número de pacientes por complicaciones en el parto y puerperio según grupo

Complic. parto/puerperio	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	144	47,52	28	10,94
No	159	52,48	227	88,67
NA	0	0	1	0,39
Total	303	100	256	100

Se observan mayor número de complicaciones en el puerperio en el grupo de adolescentes frente a las adultas.

Fig. 54. Porcentaje de pacientes por complicaciones en el parto y puerperio según grupo



$p < 0,05$.

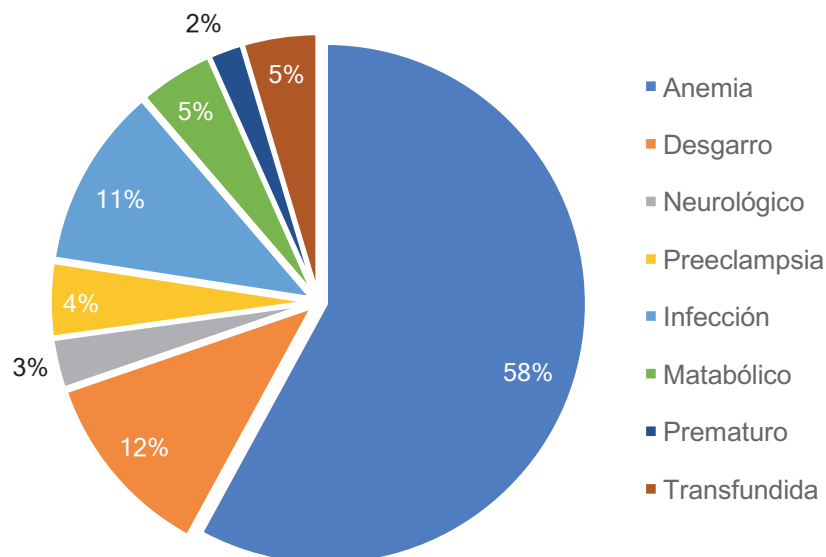
Otra variable que decidimos agotar y comparar, no solo afirmando que un 48% de las adolescentes tienen complicaciones, sino la descripción de estos y compararlos por diagnóstico dentro de ambos grupos en estudio.

De las 153 pacientes adolescentes con complicaciones:

- Según nacionalidad: 96 (62%) pacientes son españolas seguidas de 31 ecuatorianas, 17 marroquíes, y 9 otras nacionalidades.
- Según la población: 75 (49%) son de Lorca, 32 de Totana, 27 de Águilas y 10 de Puerto Lumbreras.

- Antecedentes obstétricos: 104 (67%) pacientes son primigestas, 135 (88%) gestaciones a término, 126 (82%) nulíparas, 33 (22%) de ellas ya han sufrido aborto.
- 47 (31%) tienen patología sobre agregada.
- 73 (48%) tienen factores de riesgo.
- Por inicio de parto: 114 (75%) inician espontáneamente, 31 (20%) son inducciones, 98 (64%) son partos eutócicos.
- Por finalización de parto: 26 (17%) son instrumentales, 29 (19%) son cesáreas y 32 (21%) pacientes sufrieron algún tipo de desgarro.
- Apgar de recién nacido: 145 (95%) de las pacientes tienen buenos Apgar al primer minuto, solo 8 tienen Apgar de 6 o menores, de estas 152 (99%) recién nacidos mejoran su Apgar al quinto minuto.

Fig. 55. Porcentaje de complicaciones del parto y puerperio de los partos adolescentes



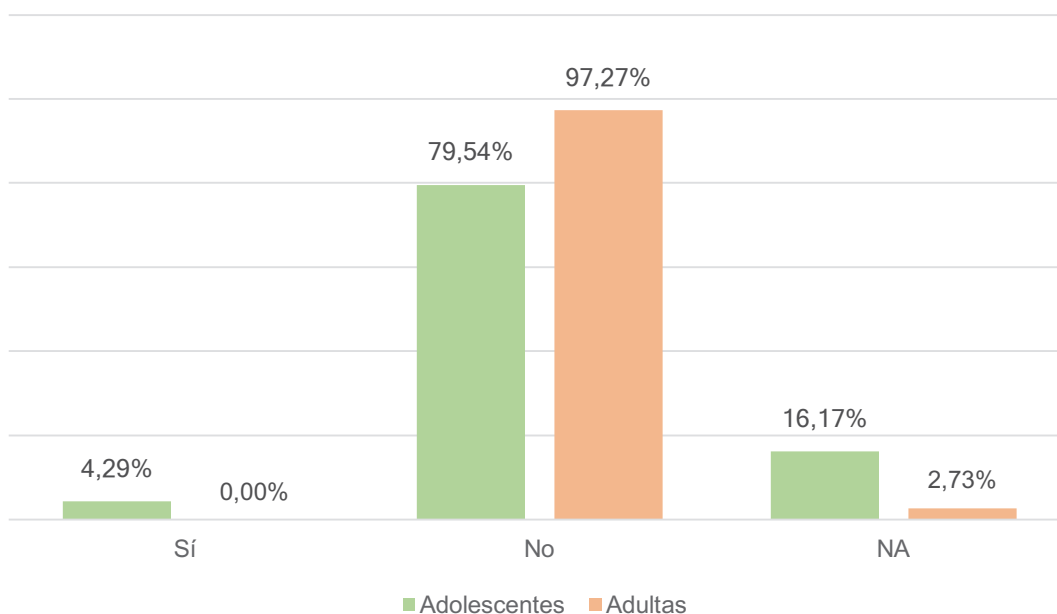
Dentro del grupo de adolescentes se presenta un 48% de complicaciones. Dentro de estas, encontramos un 58% de anemia, un 12% de desgarros, un 11% de infecciones, un 5% de complicaciones metabólicas, un 5% de pacientes transfundidas, un 4% de preeclampsia, un 3% de complicaciones neurológicas y un 2% de partos prematuros.

4.4.4. Atonía, como complicación del parto y/o puerperio inmediato

Tabla 56. Número de pacientes por atonía post parto según grupo

Atonía	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	13	4,29	0	0
No	241	79,54	249	97,27
NA	49	16,17	7	2,73
Total	303	100	256	100

Fig. 56. Porcentaje de pacientes por atonía post parto según grupo



$p < 0,05$

De las 13 atonías uterinas presentes (4%) en el posparto, en solo 2 pacientes se indicó transfusión sanguínea. 11 son multíparas, inician su parto espontáneamente en un 100%, 8 de los partos finalizaron eutócicos y 5 instrumentales, todas en el grupo de adolescentes, 7 de ellas reciben analgesia epidural, 3 pacientes presentan factores de riesgo, 1 de ellas patología urinaria.

Estudiando la atonía con respecto a otras variables dentro del estudio en adolescentes, se obtiene que 6 son transfundidas.

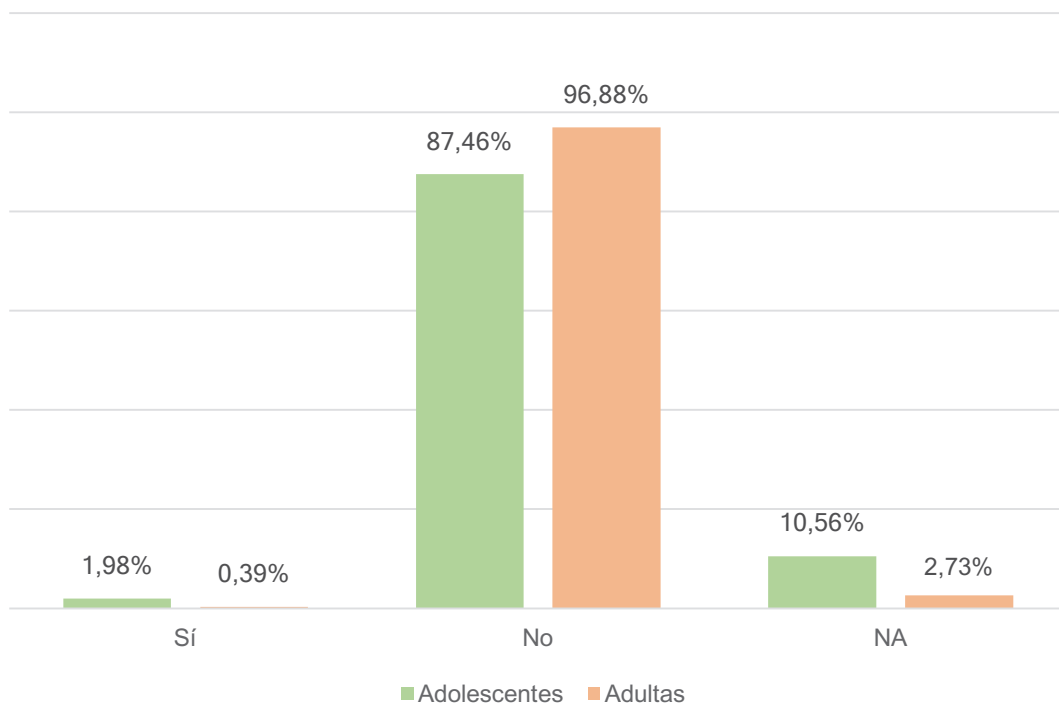
No se realizó ninguna histerectomía obstétrica; no se presentaron casos de mortalidad materna. Dentro de los casos de *near miss* maternos, se presentaron crisis epiléptica, shock por HPP, alteraciones de la coagulación con relevancia clínica y mayor número de mortalidad neonatal en el grupo de estudio.

4.4.5. Transfusión sanguínea en el posparto inmediato y mediato

Tabla 57. Número de pacientes por transfusión según grupo

Transfusión	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	6	1,98	1	0,39
No	265	87,46	248	96,88
NA	32	10,56	7	2,73
Total	303	100	256	100

Fig. 57. Porcentaje de pacientes por transfusión según grupo



$p = 0,12 > 0,05$, V de Cramer: 0,08

Hay más pacientes adolescentes que son transfundidas comparadas con el grupo de control.

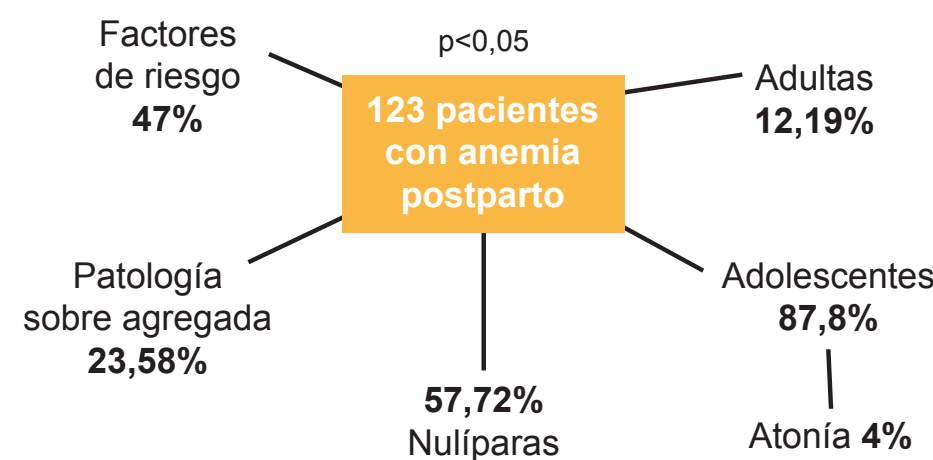
4.4.6. Anemia como complicación del parto en relación con otras variables

Analizamos anemia como complicación en 123 pacientes. Según grupo de estudio: 108 pertenecen al grupo de adolescentes y 15 al grupo de adultas.

En relación con las variables edad, paridad, factores de riesgo y patología sobre agregada se obtiene un valor de $p < 0,05$.

No hay significación en las variables de nacionalidad, población y tipo de finalización del parto, con $p > 0,05$.

Fig. 58. Análisis de la variable anemia como complicación del posparto



4.4.7. Otras complicaciones de la gestación y el posparto

EHE como complicación del parto en el HGURM

Dentro de la enfermedad hipertensiva del embarazo se diagnostican 13 dentro del grupo total de 559 pacientes. Se presenta mayor prevalencia de EHE en el grupo de adolescentes, en un total de 7, de las cuales 6 son primigestas.

7 de las pacientes se diagnosticaron previo al parto, se realizó inducción del parto a dos pacientes.

La finalización del parto de las 13 pacientes diagnosticadas fue en su mayoría parto vaginal (5 partos eutócicos y 2 instrumentales). De las seis cesáreas, una fue programada.

6 de las pacientes tienen recién nacidos con peso menor de 2,500 gr.

La infección como complicación del parto en el HGURM

17 de las pacientes presenta algún tipo de infección, 14 de ellas son adolescentes. De las pacientes adolescentes, 5 tienen factores de riesgo y 4 de ellas tienen patologías sobre agregadas como ITS, patología urinaria infecciosa o antecedente de minusvalía psíquica.

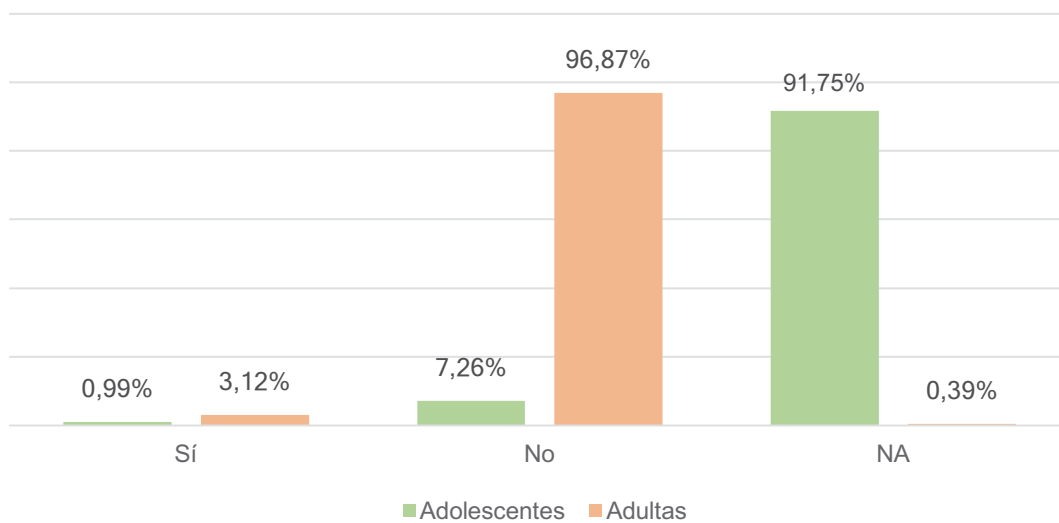
De los pacientes adolescentes que presentan infecciones, 9 son españolas, 3 ecuatorianas, 2 marroquíes. En su mayoría viven en Lorca (9). Según la finalización del parto, 9 partos eutócicos, 3 instrumentales, 2 cesáreas. Los recién nacidos nacen con buen peso y Apgar.

4.4.8. Prevalencia de patología cervical en el historial de la paciente

Tabla 58. Número de pacientes por patología cervical según grupo

Patología cervical	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	3	0,99	8	3,12
No	22	7,26	248	96,87
NA	278	91,75	0	0,39
Total	303	100	256	100

Fig. 59. Número de pacientes por patología cervical según grupo



El 1% para las adolescentes y 3,12% para el grupo de adultas presentan patología cervical. Teniendo en cuenta que, a día de hoy, la mayor de las pacientes que conforman el estudio tiene 25 años, que es cuando se recomienda el inicio del cribado, la mayoría se ha realizado citologías por deseo de métodos de planificación, por lo que desconocemos el dato real, pues no se ha realizado citología a toda la muestra.

Sin embargo, dentro del grupo de adultas lo esperado es que, si la media de edad es de 31 años, ya tengan al menos una citología realizada. Dato encontrado en las historias clínicas, y actualizado por los resultados del departamento de anatomía patológica, se toman en cuenta todas las positivas hasta el momento del estudio.

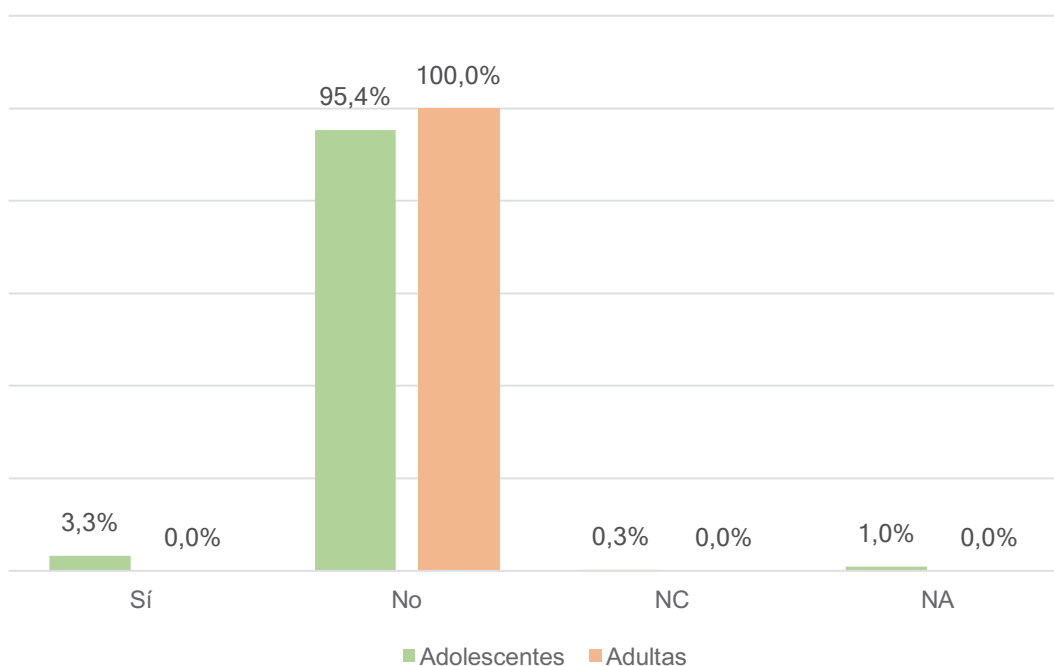
4.5. Resultados relacionados con el objetivo 4

4.5.1. Descripción de antecedentes de Violencia de género en la historia clínica

Tabla 59. Número de pacientes por proceso de violencia de género según grupo

Violencia de género	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	10	3,30	0	0
No	289	95,38	256	100
NC	1	0,33	0	0
NA	3	0,99	0	0
Total	303	100	256	100

Fig. 60. Porcentaje de pacientes por proceso de violencia de género según grupo



$p < 0,05$

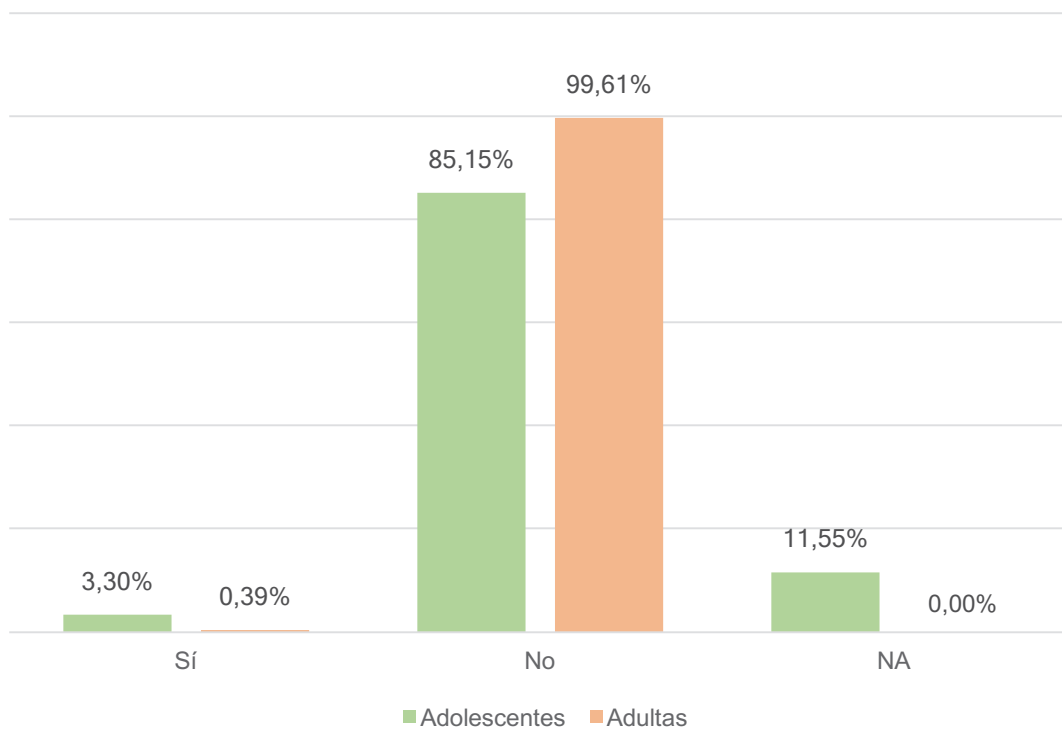
Hay diferencia significativa, dentro del grupo de adolescentes se encuentra 10 pacientes, un 3,3%, que sufren violencia de género. Teniendo en cuenta que se describen solo los casos en los que se ha consultado o denunciado y que consta en las historias como un proceso de consulta.

4.5.2. Antecedentes de Agresión sexual en la historia clínica

Tabla 60. Número de pacientes por proceso de agresión sexual según grupo

Agresión sexual	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	10	3,30	1	0,39
No	258	85,15	255	99,61
NA	35	11,55	0	0
Total	303	100	256	100

Fig. 61. Número de pacientes por proceso de agresión sexual según grupo



$p < 0,05$

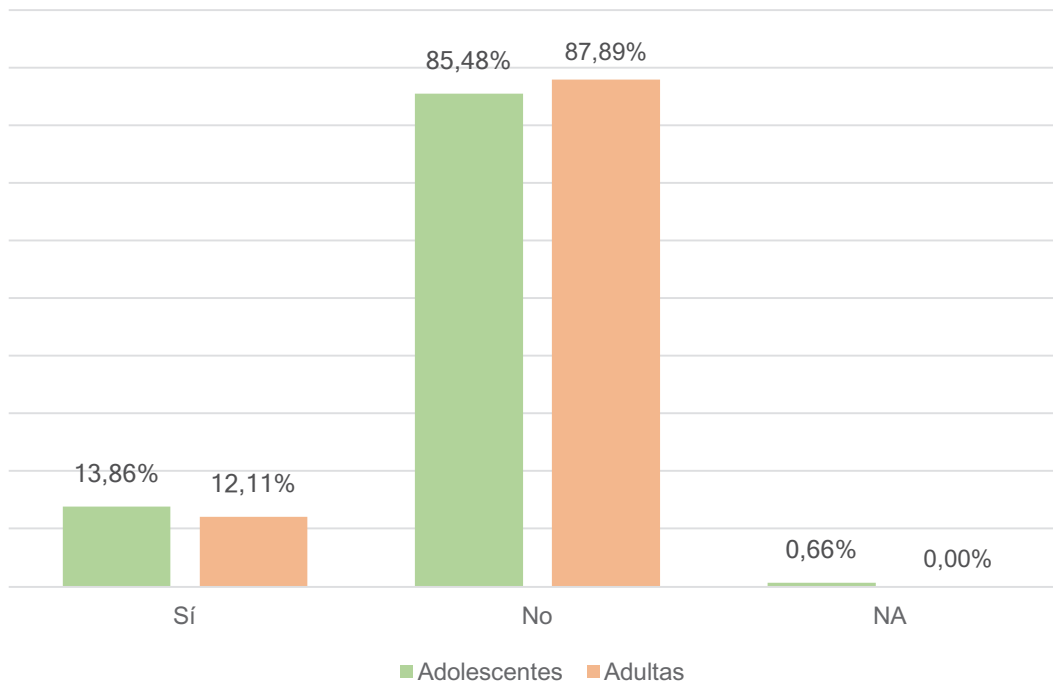
El 3,3% del grupo de las adolescentes ha sufrido agresión sexual. Existe diferencia significativa en prevalencia y frecuencia con respecto al grupo de adultas.

4.5.3. Descripción de procesos de salud mental en la historia clínica

Tabla 61. Número de pacientes por proceso de salud mental según grupo

Salud mental	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	42	13,86	31	12,11
No	259	85,48	225	87,89
NA	2	0,66	0	0
Total	303	100	256	100

Fig. 62. Número de pacientes por proceso de salud mental según grupo



$p > 0,05$, V de Cramer: 0,04

El 13,86% para adolescentes y el 12,11% para adultas, no parece un gran porcentaje, la relevancia está en que nuestras pacientes tienen como máximo 25 años a día de hoy y tienen cuadros descritos de ansiedad / depresión, incluso intentos autolíticos, en un 3% de las adolescentes.

4.5.4. ¿Da al recién nacido del parto en estudio en adopción?

Tabla 62. Número de pacientes que brindan al recién nacido en adopción.

Da recién nacido en adopción	Adolescentes	
	N	%
Sí	1	0,33
No	141	46,53
NC	2	0,66
NA	159	52,48
Total	303	100

Se sabe que solo una de las pacientes da en adopción a su recién nacido porque existe un protocolo desde el nacimiento por lo que esta descrito en el momento del parto, e inhibida la lactancia, así como apoyo para la paciente si lo requiere.

4.5.5. ¿Fallece el recién nacido preparto, en el parto o a los 6 meses posteriores al nacimiento?

Tabla 63. Mortalidad fetal y neonatal en adolescentes frente al total de partos del HGURM entre 2015-2017

	Adolescentes	Total HGURM
2015	1	1
2016	1	5
2017	0	6
Total	2	12

Fuente: Registro de nacimientos HGURM

No se dispone de datos anteriores a 2015. No podemos especificar si son pre, peri o posparto.

Tabla 64. Número de pacientes en los que fallece recién nacido

Fallece recién nacido	Adolescentes	
	N	%
Sí	5	1,65
No	139	45,87
NC	1	0,33
NA	158	52,15
Total	303	100

6 de los 306 niños nacidos (303 partos, 3 de ellos gemelares) fallecieron, 3 de ellos preparto dentro del grupo de las adolescentes.

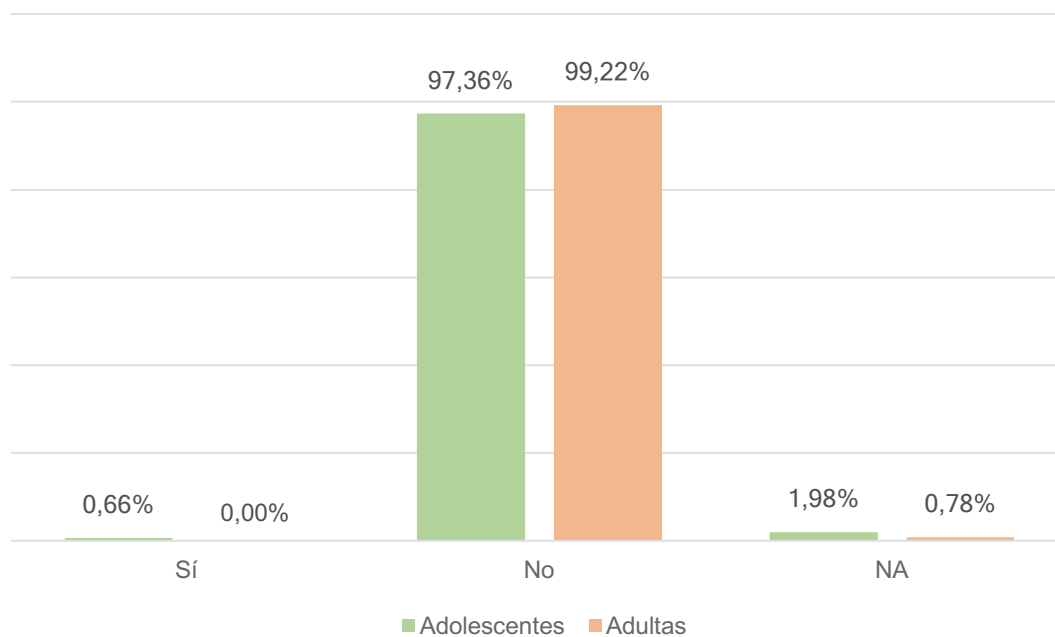
4.5.6. Antecedente de uso de alcohol y/o drogas en la historia clínica

Datos extraídos de las historias clínicas de las pacientes generando un proceso como motivo de consulta.

Tabla 65. Número de pacientes por proceso de OH drogas según grupo

Alcohol y/o drogas	Adolescentes		Adultas	
	N	%	n	%
Sí	2	0,66	0	0
No	295	97,36	254	99,22
NA	6	1,98	2	0,78
Total	303	100	256	100

Fig. 63. Porcentaje de pacientes por proceso de alcohol y/o drogas según grupo



$p = 0,25 > 0,05$, V de Cramer: 0,07

No hay significación. Hay 2 pacientes adolescentes con problemas de alcohol, según el historial, descritos en la historia como motivo de consulta.

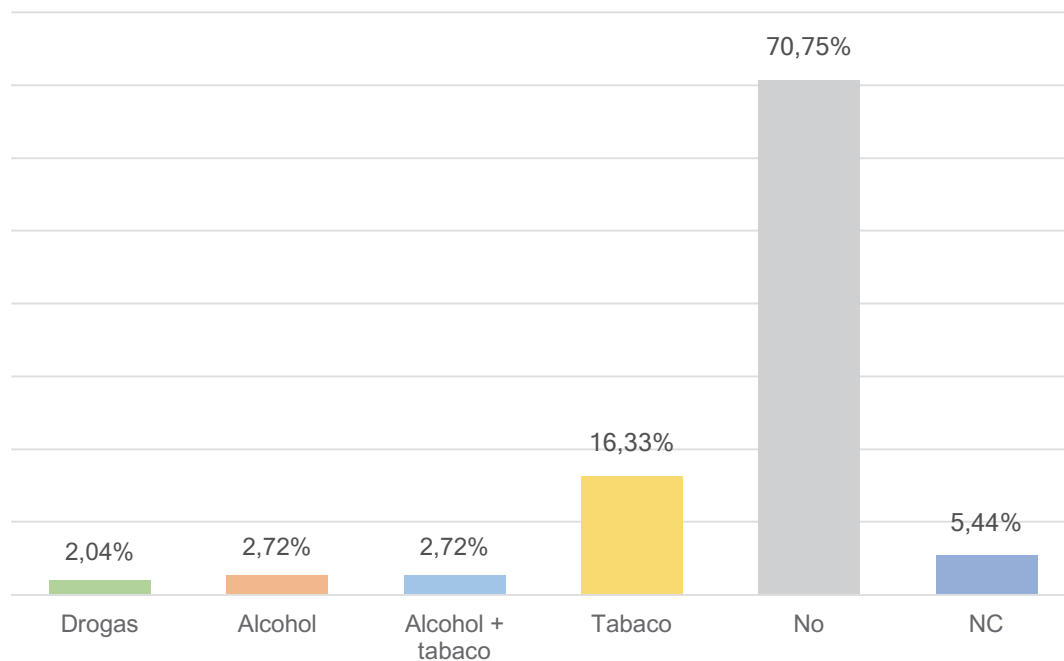
4.5.7. Ingesta de alcohol y/o drogas

Datos extraídos a través de consulta personal o contacto telefónico realizado a las pacientes adolescentes como parte del estudio de la complejidad.

Tabla 66. Número de pacientes adolescentes por consumo de alcohol, tabaco y/o drogas

Alcohol, tabaco, drogas	Adolescentes	
	N	%
Drogas	3	2,04
Alcohol	4	2,72
Alcohol + tabaco	4	2,72
Tabaco	24	16,33
No	104	70,75
NC	8	5,44
Total	147	100

Fig. 64. Porcentaje de pacientes por ingesta de alcohol, tabaco y/o drogas



No se describe el consumo social, observando un 70,75% que niega cualquier uso de sustancias y un 23,81% que utiliza alguna.

4.6. Resultados relacionados con el objetivo 5

Objetivo realizado solo para el grupo de estudio adolescentes.

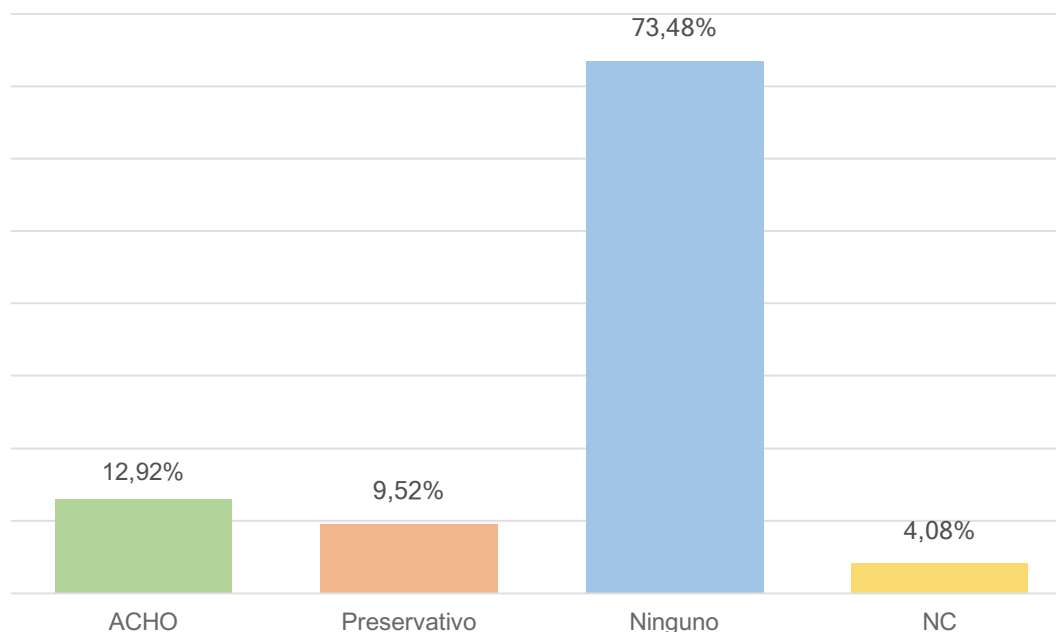
Para responder las repercusiones psico-sociales de las pacientes adolescentes que se ven afectadas por una gestación que, con excepción de 3 pacientes, respondieron enfáticamente que eran planificadas, Se encontró lo siguiente:

4.6.1. Uso de método de planificación previo a la gestación adolescente

Tabla 67. Número de adolescentes que utiliza un método de planificación familiar previo a la gestación en estudio

Método previo	Adolescentes	
	N	%
ACHO	19	12,92
Preservativo	14	9,52
Ninguno	108	73,48
NC	6	4,08
Total	147	100

Fig. 65. Porcentaje de pacientes por método contraceptivo previo a la gestación en estudio



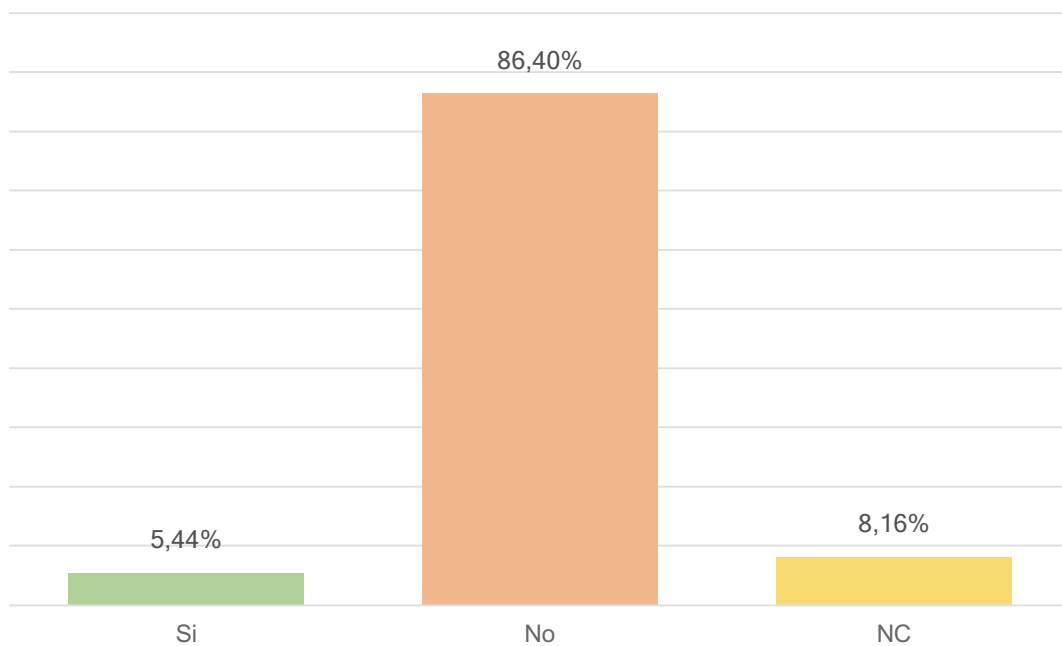
Un 73,48% de las pacientes no utiliza ningún método, ya no solo hablamos del riesgo de una gestación no planificada sino hablamos del riesgo de exposición y/o a la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual.

4.6.2. Intento de IVE en las pacientes adolescentes

Tabla 68. Número de pacientes adolescentes e intento de IVE

Intento de IVE	Adolescentes	
	N	%
Sí	8	5,44
No	127	86,40
NC	12	8,16
Total	147	100

Fig. 66. Porcentaje de pacientes por intento de IVE



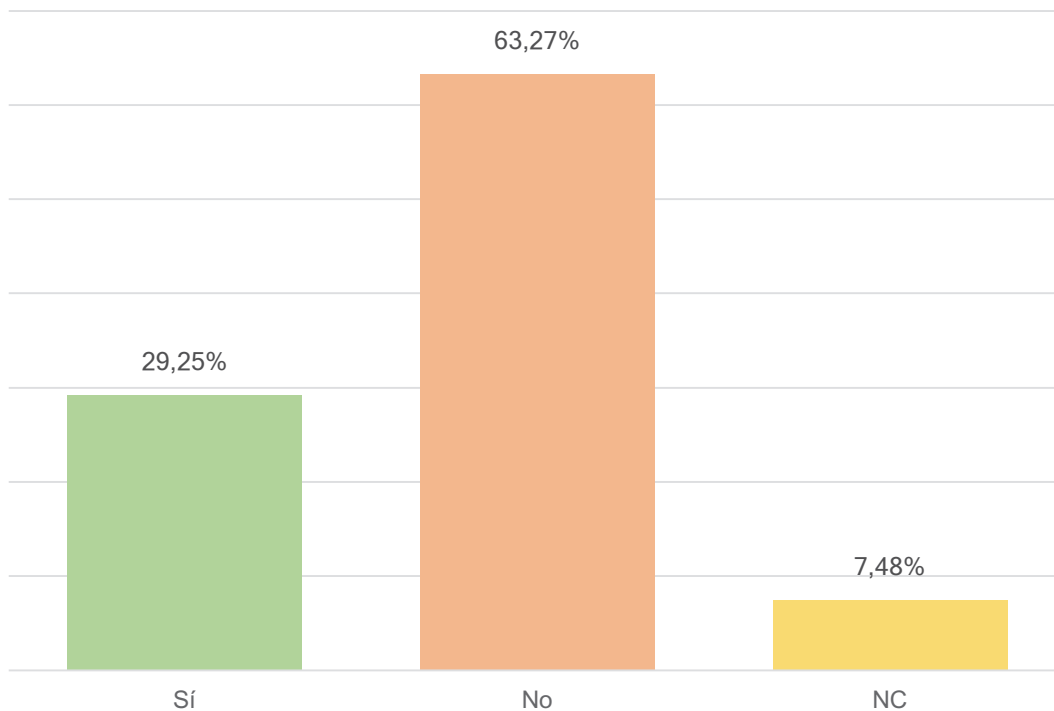
135 de las pacientes responde a esta pregunta. Tomando como afirmativo el intento, el solicitar información o incluso iniciar el proceso, un 5,44% se lo plantearon y, o no lo consiguieron, o cambiaron de opinión y continuaron con la gestación.

4.6.3. Adolescentes que proceden de una familia desestructurada como antecedente de la gestación no planificada

Tabla 69. Número de Adolescentes y antecedente de familia desestructurada

Familia desestructurada	Adolescentes	
	N	%
Sí	43	29,25
No	93	63,27
NC	11	7,48
Total	147	100

Fig. 67. Porcentaje de pacientes y presencia de antecedente de familia desestructurada



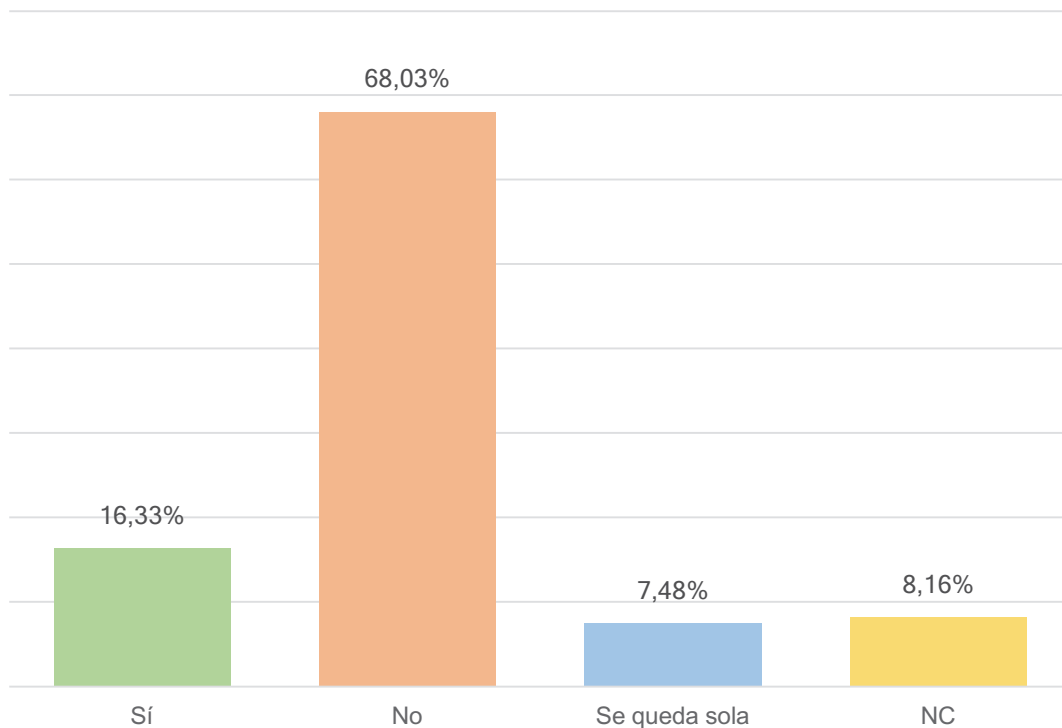
Un 29,25% de las pacientes adolescentes proceden de familias desestructuradas.

4.6.4. Cambio de círculo de amigos después del parto

Tabla 70. Pacientes adolescentes que cambio de círculo de amigos por la gestación

Cambio de amigos	Adolescentes	
	N	%
Sí	24	16,33
No	100	68,03
Se queda sola	11	7,48
NC	12	8,16
Total	147	100

Fig. 68. Porcentaje de pacientes por cambio de amigos



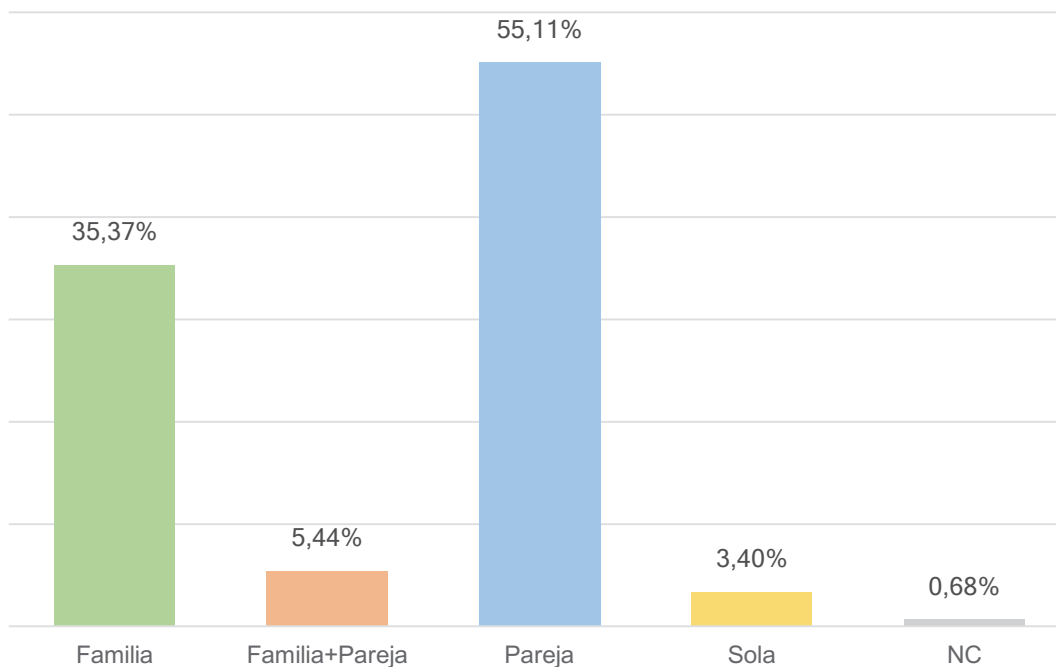
11 pacientes se quedan solas (7,48%), y 24 (16,33%) cambian su círculo de amigos. Un 68,03% mantiene las mismas amistades.

4.6.5. ¿Con quién vive en el momento del parto en estudio?

Tabla 71. Número de pacientes adolescentes que responden con quién vive en el momento del parto en estudio

¿Con quién convive?	Adolescentes	
	N	%
Familia	52	35,37
Familia+Pareja	8	5,44
Pareja	81	55,11
Sola	5	3,40
NC	1	0,68
Total	147	100

Fig. 69. Porcentaje de pacientes por con quién vive



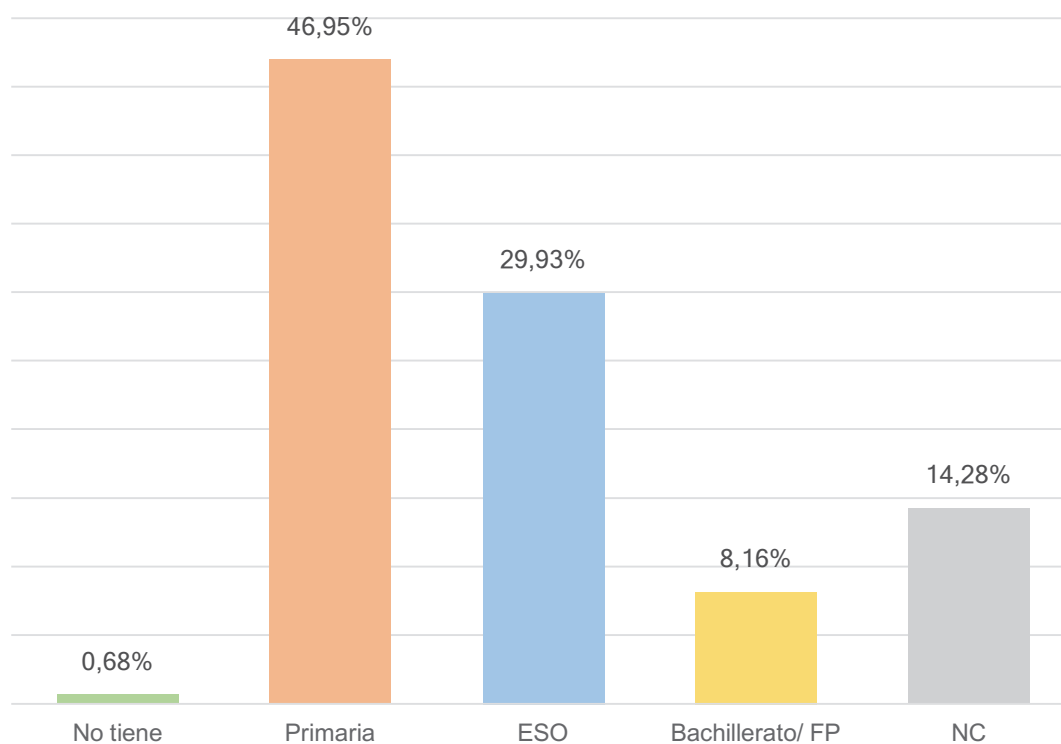
Un 55,11% de las pacientes vive en pareja después del parto, seguida de un 35,37% que lo hace con algún familiar. 3,40% se quedan solas.

4.6.6. Nivel de estudios completados al momento del estudio

Tabla 72. Adolescentes y nivel de estudio completado al momento del estudio

Nivel de estudios	Adolescentes	
	N	%
No tiene	1	0,68
Primaria	69	46,95
ESO	44	29,93
Bachillerato/FP	12	8,16
NC	21	14,28
Total	147	100

Fig. 70. Porcentaje de pacientes por nivel de estudio completados



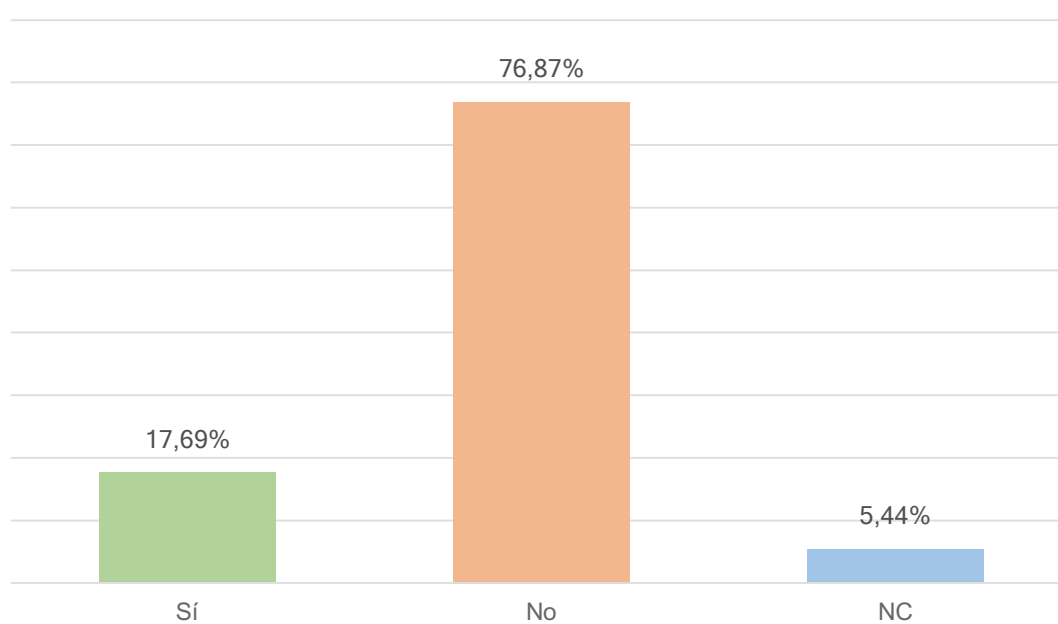
Se pregunta el nivel de estudios terminado en el primer trimestre de 2019. Observamos que 126 pacientes responden a la pregunta. Un 46,95% de las pacientes tienen estudios de primaria, un 29,93% han finalizado la ESO y solo un 8,16% ha terminado el bachillerato o alguna formación profesional.

4.6.7. ¿Estudia actualmente, o continua su formación?

Tabla 73. Número de pacientes adolescentes que estudia

¿Estudia?	Adolescentes	
	N	%
Sí	26	17,69
No	113	76,87
NC	8	5,44
Total	147	100

Fig. 71. Porcentaje de pacientes por continuidad de estudios



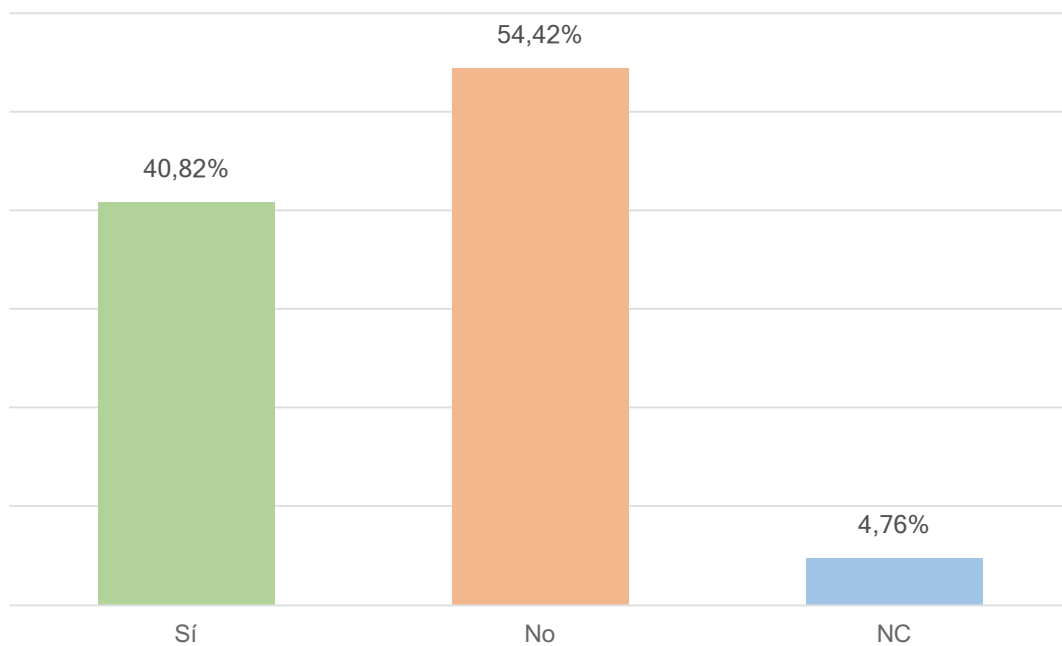
Solo un 17,69% de las pacientes adolescentes, que responden, continúan sus estudios.

4.6.8. Situación laboral al momento del estudio

Tabla 74. Número de pacientes del grupo de estudio que posee un trabajo

¿Trabaja?	Adolescentes	
	N	%
Sí	60	40,82
No	80	54,42
NC	7	4,76
Total	147	100

Fig. 72. Porcentaje de pacientes que trabajan



En el momento del estudio, casi un 41% de las adolescentes trabaja. Si la adolescente tenía 19 años en el año 2013, en el momento de la consulta personal o contacto telefónico tiene 25 años como máximo.

Respondiendo al trabajo, economía familiar y relaciones como parte de la valoración de la complejidad se obtienen respuesta de 140 pacientes.

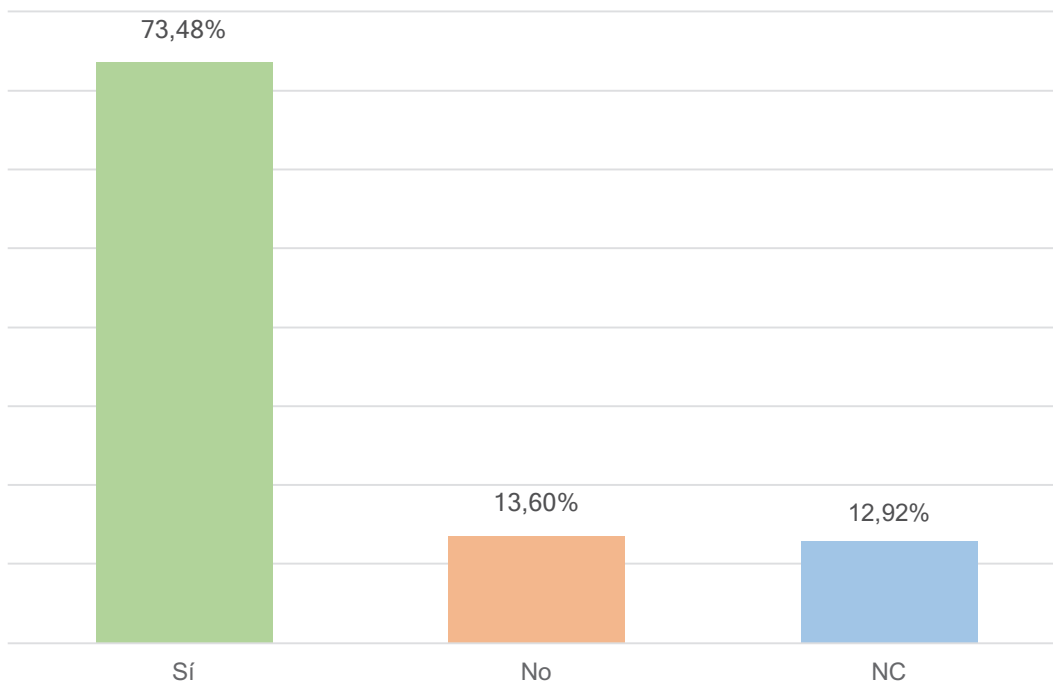
De las 60 (40,82% de las 147 que respondieron) que trabajan en el momento del estudio, 47 (31,97%) trabaja también la pareja y 15 de ellas (10,20%) dependen también económicamente de los padres y/o suegros o de algún familiar directo. De las pacientes que trabajan solo un 5% sigue estudiando y un 3% sin ayuda de la familia.

4.6.9. ¿Trabaja la pareja en el momento actual?

Tabla 75. Pacientes que trabaja la pareja en el momento del estudio

¿Trabaja la pareja?	Adolescentes	
	N	%
Sí	108	73,48
No	20	13,60
NC	19	12,92
Total	147	100

Fig. 73. Porcentaje de pacientes por trabajo de la pareja



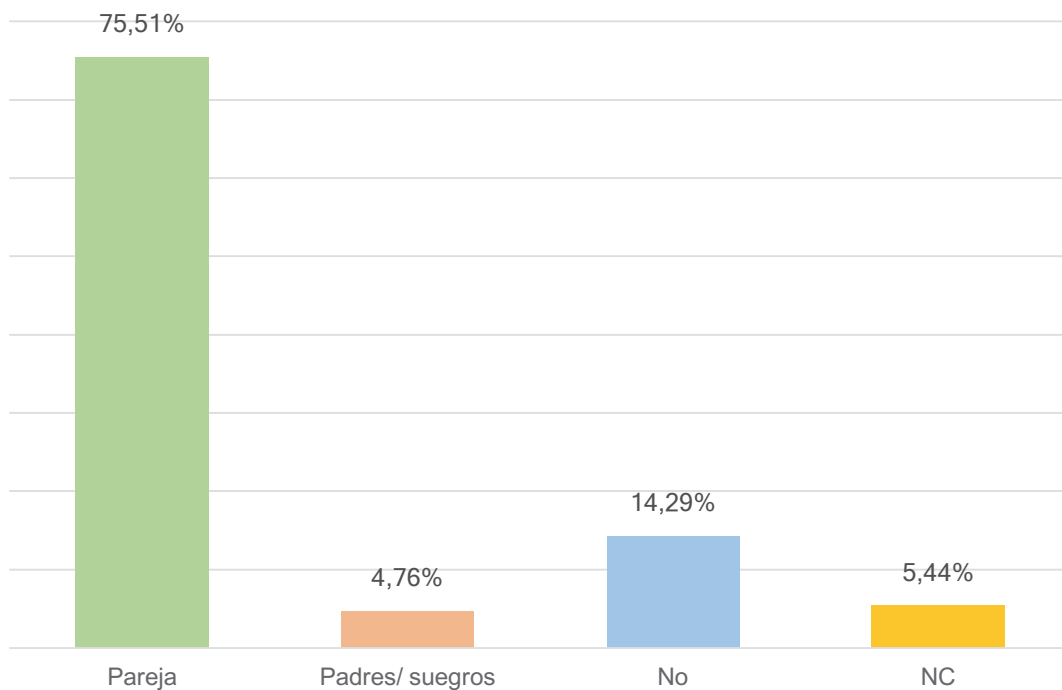
Un 73,48% se encuentra trabajando su pareja en el momento de la realización del estudio.

4.6.10. Apoyos familiares en el momento del estudio

Tabla 76. Pacientes con antecedente de un parto en la adolescencia que cuentan con el apoyo familiar

Apoyo familiar	Adolescentes	
	N	%
Pareja	111	75,51
Padres/suegros	7	4,76
No	21	14,29
NC	8	5,44
Total	147	100

Fig. 74. Porcentaje de pacientes por apoyo de los familiares



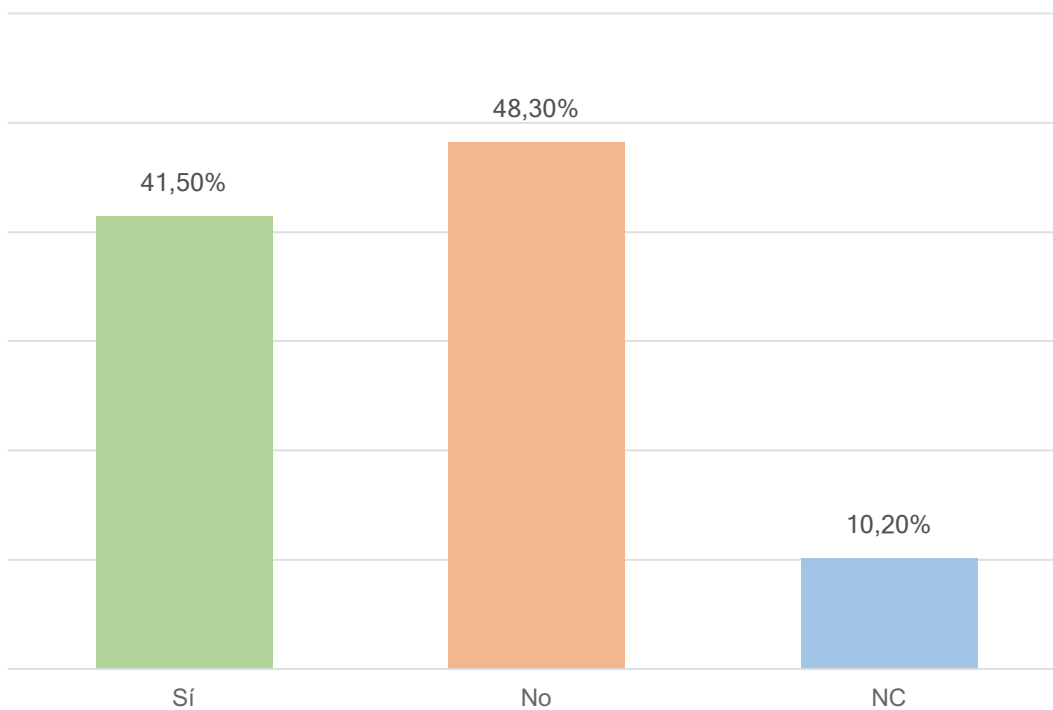
Un 14,29% de las pacientes adolescentes no tiene ayuda ni apoyo de la familia, un 75,51% tiene apoyo de la pareja y un 4,76% de los padres/suegros.

4.6.11. ¿Depende económicamente de los padres?

Tabla 77. Pacientes del grupo de estudio que depende económicamente de los padres

Dependencia económica de los padres	Adolescentes	
	N	%
Sí	61	41,50
No	71	48,30
NC	15	10,20
Total	147	100

Fig. 75. Porcentaje de pacientes por dependencia económica de los padres



Un 41,50% de las pacientes que responden a la pregunta depende económicamente de los padres.

4.6.12. Historia de gestaciones posteriores

Tabla 78. Fórmula obstétrica en el momento del estudio de las pacientes del grupo de estudio que tienen como antecedente un parto en la adolescencia

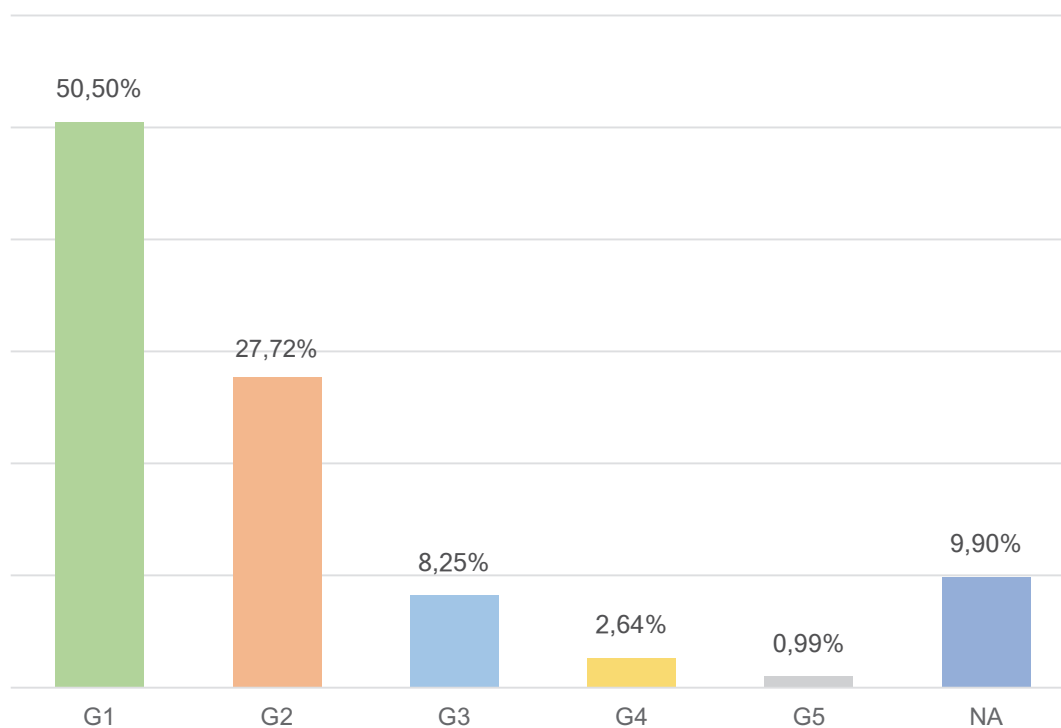
Historia de gestaciones posteriores	Adolescentes	
	N	%
G1C1	23	7,59
G1P1	128	42,25
G1P2	2	0,66
G2C1A1	4	1,32
G2C1P1	4	1,32
G2C2	5	1,65
G2C2LT	1	0,33
G2P1	1	0,33
G2P1A1	29	9,57
G2P1C1	4	1,32
G2P2	36	11,88
G3C1A2	1	0,33
G3C2A1	1	0,33
G3P1C1A1	6	1,98
G3P2	1	0,33
G3P2A1	14	4,62
G3P3	2	0,66
G4P1C1A2	1	0,33
G4P2A2	5	1,65
G4P2C1A1	1	0,33
G4P4	1	0,33
G5P2A3	1	0,33
G5P2C1A2	1	0,33
G5P3C1A1	1	0,33
NA	30	9,90
Total	303	100

Solo para valorar parte de la complejidad en la que se convierten las fórmulas obstétricas, señalar que un 50,5% de las pacientes permanece a día de finalización del estudio con un hijo (P1 o C1). Podemos observar que hay muchas con 3-5 gestaciones, con antecedente de aborto, con historia de cesárea anterior, lo que hace que en su juventud se incremente el riesgo obstétrico solo por los antecedentes.

El 21,45% de las pacientes tiene como antecedente aborto en su fórmula obstétrica sin especificar si son espontáneos o provocados.

El 39,6% de las pacientes han tenido más de una gestación, el 17,49% de las pacientes tiene como antecedente al menos una cesárea anterior.

Fig. 76. Porcentaje de pacientes por número de gestaciones



4.7. Resultados relacionados con el objetivo 6

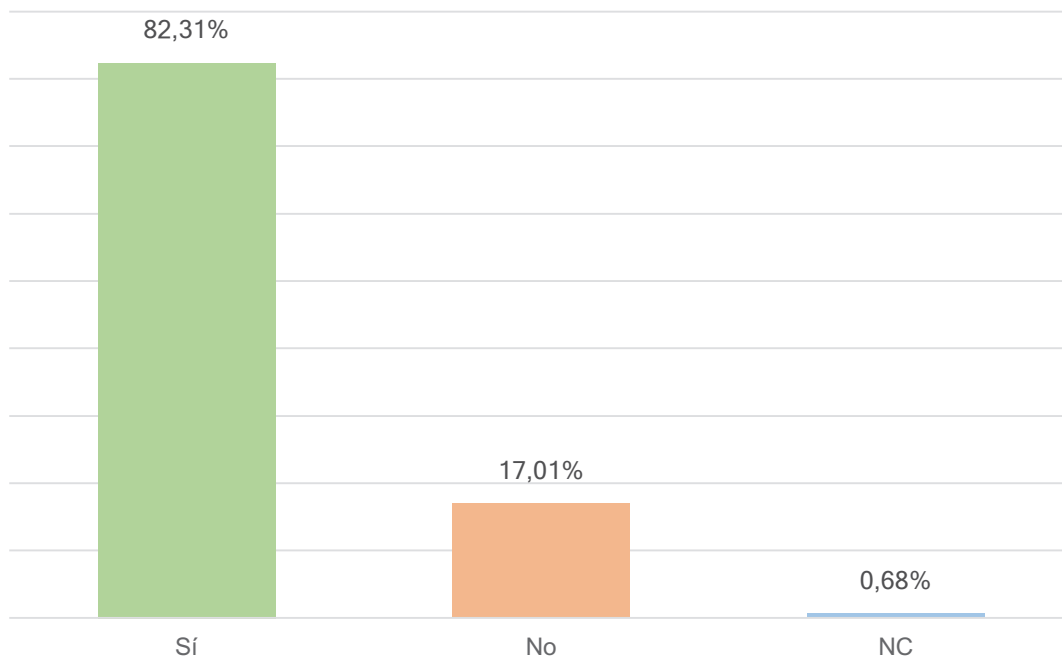
Dentro del cuestionario de análisis de la continuidad de lactancia materna dentro del grupo de adolescentes se obtuvo.

4.7.1. Lactancia materna al recién nacido del parto en estudio

Tabla 79. Pacientes que dieron lactancia materna al parto en estudio año 2013-2017

Lactancia materna	Adolescentes	
	N	%
Sí	121	82,31
No	25	17,01
NC	1	0,68
Total	147	100

Fig. 77. Porcentaje de pacientes por lactancia materna



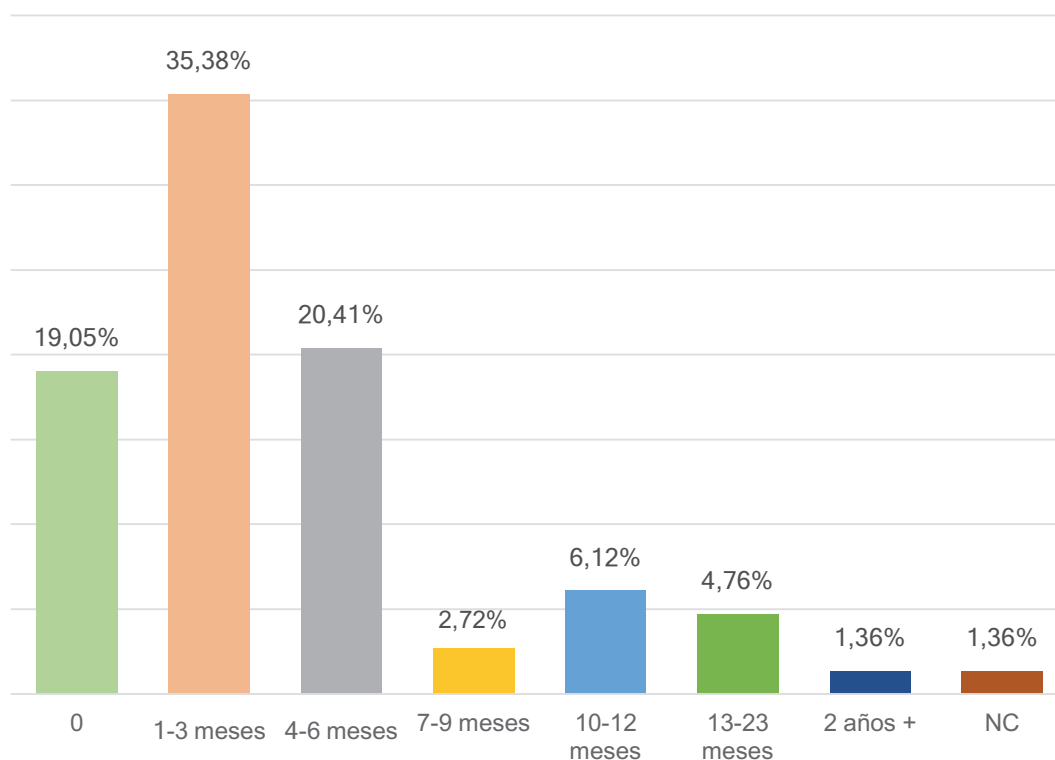
un 82,31% da lactancia materna a sus hijos. Se toma en cuenta la valoración de la lactancia materna al producto del parto en estudio, es decir al parto que se incluye en el estudio 2013 a 2017

4.7.2. Duración de la lactancia materna en el recién nacido en estudio

Tabla 80. Pacientes del grupo de estudio y la duración de la lactancia materna

Duración de la lactancia materna	Adolescentes	
	N	%
0	28	19,05
1-3 meses	52	35,38
4-6 meses	30	20,41
7-9 meses	4	2,72
10-12 meses	9	6,12
13-23 meses	7	4,76
2 años o más	15	10,20
NC	2	1,36
Total	147	100

Fig. 78. Porcentaje de pacientes por duración de la lactancia materna



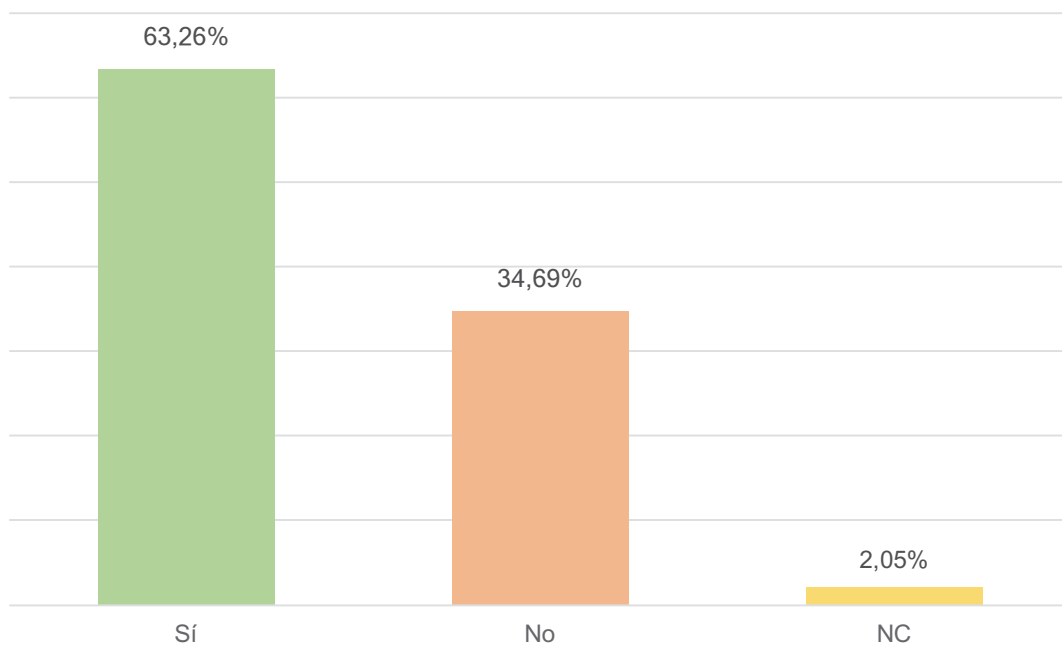
Se detalla el tiempo en meses que se mantiene la lactancia materna sea exclusiva o no. Obteniendo que solo 35,38% da el pecho hasta los 3 meses. Un 19,05% no da lactancia materna. Un 10,20% de las pacientes da el pecho dos años en total, como recomienda la OMS.

4.7.3. Lactancia mixta

Tabla 81. Número de pacientes por lactancia mixta

Lactancia mixta	Adolescentes	
	N	%
Sí	93	63,26
No	51	34,69
NC	3	2,05
Total	147	100

Fig. 79. Porcentaje de pacientes por lactancia mixta



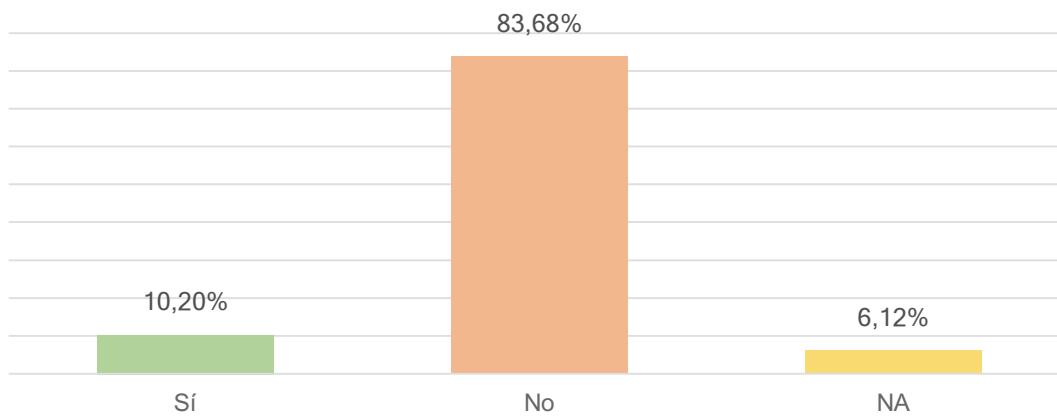
Un 63,26% le da al recién nacido algún tipo de fórmula en su alimentación.

4.7.4. Problemas de enganche durante la lactancia del recién nacido en estudio

Tabla 82. Número de pacientes por problemas de enganche

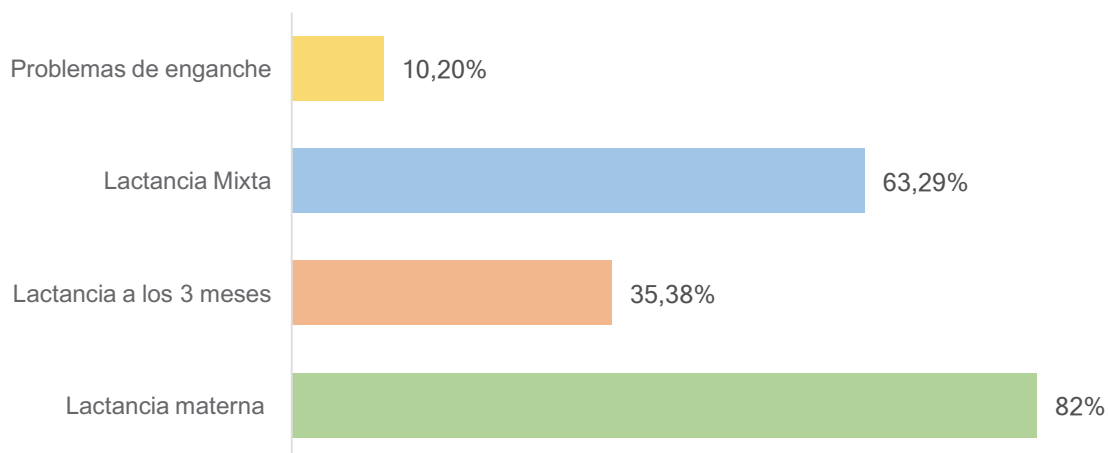
Problemas de enganche	Adolescentes	
	N	%
Sí	15	10,20
No	123	83,68
NC	9	6,12
Total	147	100

Fig. 80. Porcentaje de pacientes por problemas de enganche



Se obtiene respuesta de 138 pacientes, de las cuales, solo 15 pacientes (10,20%) describen un problema de enganche para dar lactancia materna.

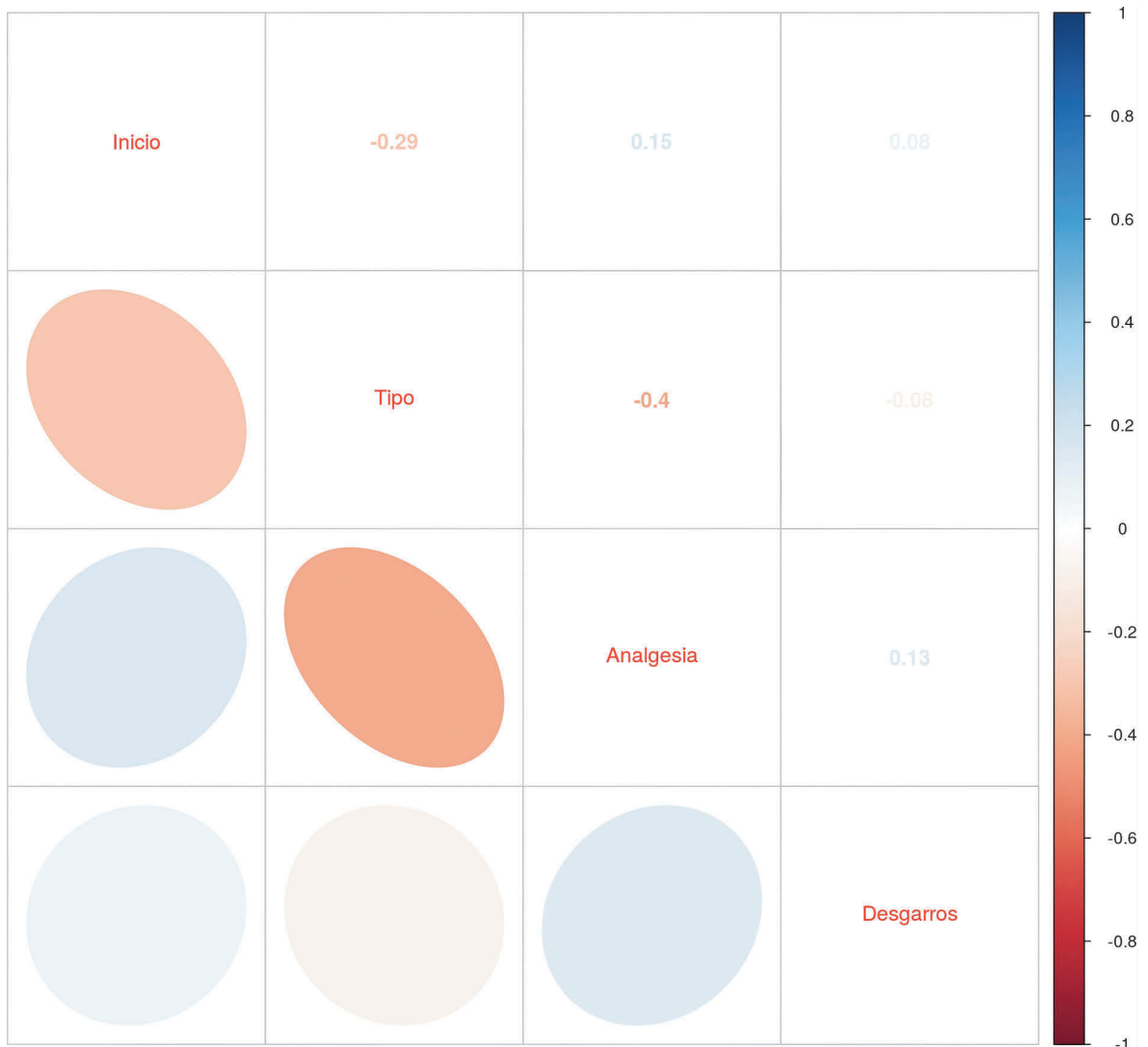
Fig. 81. Seguimiento de lactancia en partos adolescentes de 2013 a 2017



Un 19,05% de las pacientes adolescentes da lactancia materna exclusiva.

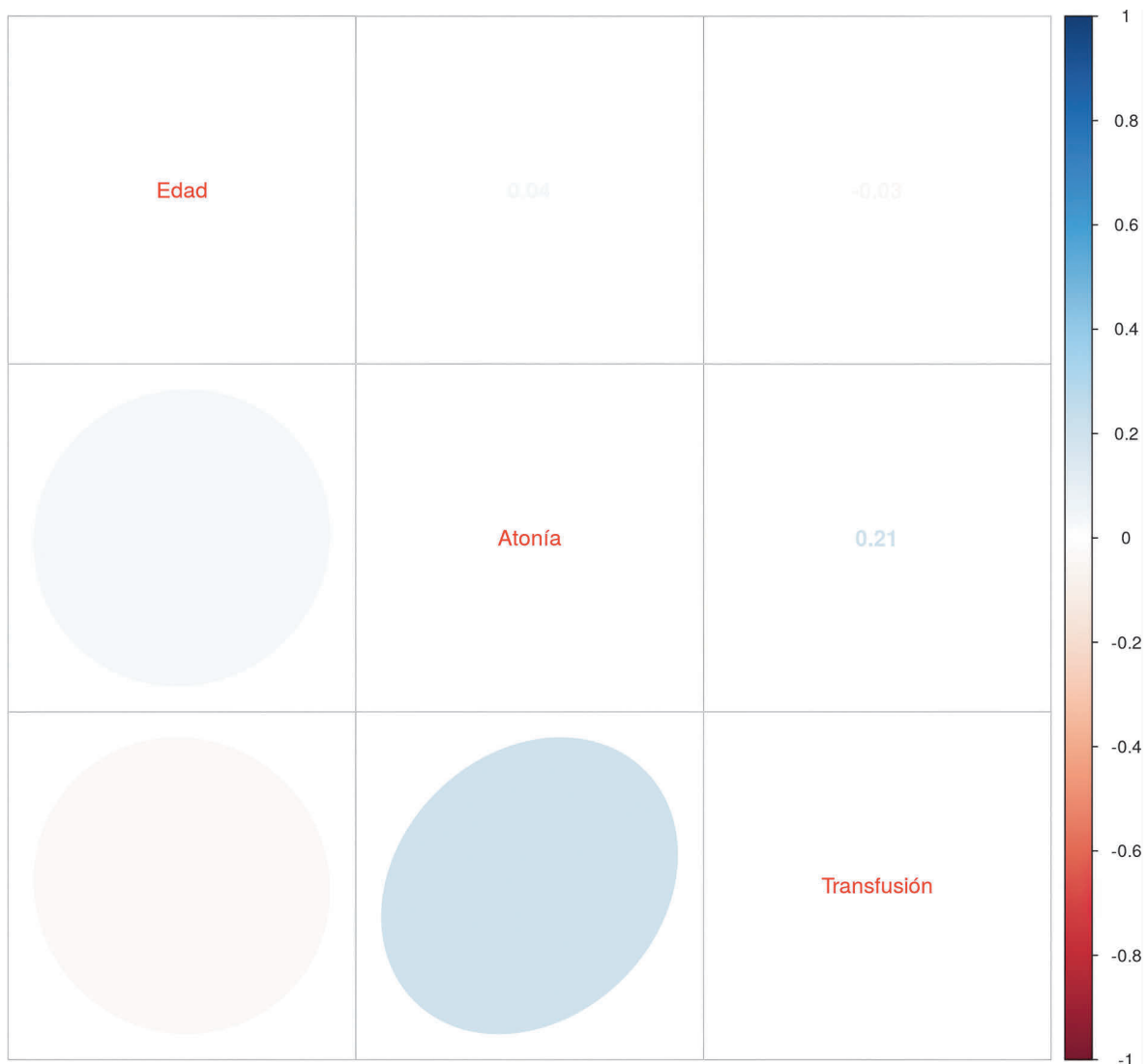
4.8. Cruce de variables

Fig. 82. Relación entre el tipo de inicio de parto y su finalización con analgesia durante el parto y la presencia de desgarros vaginales



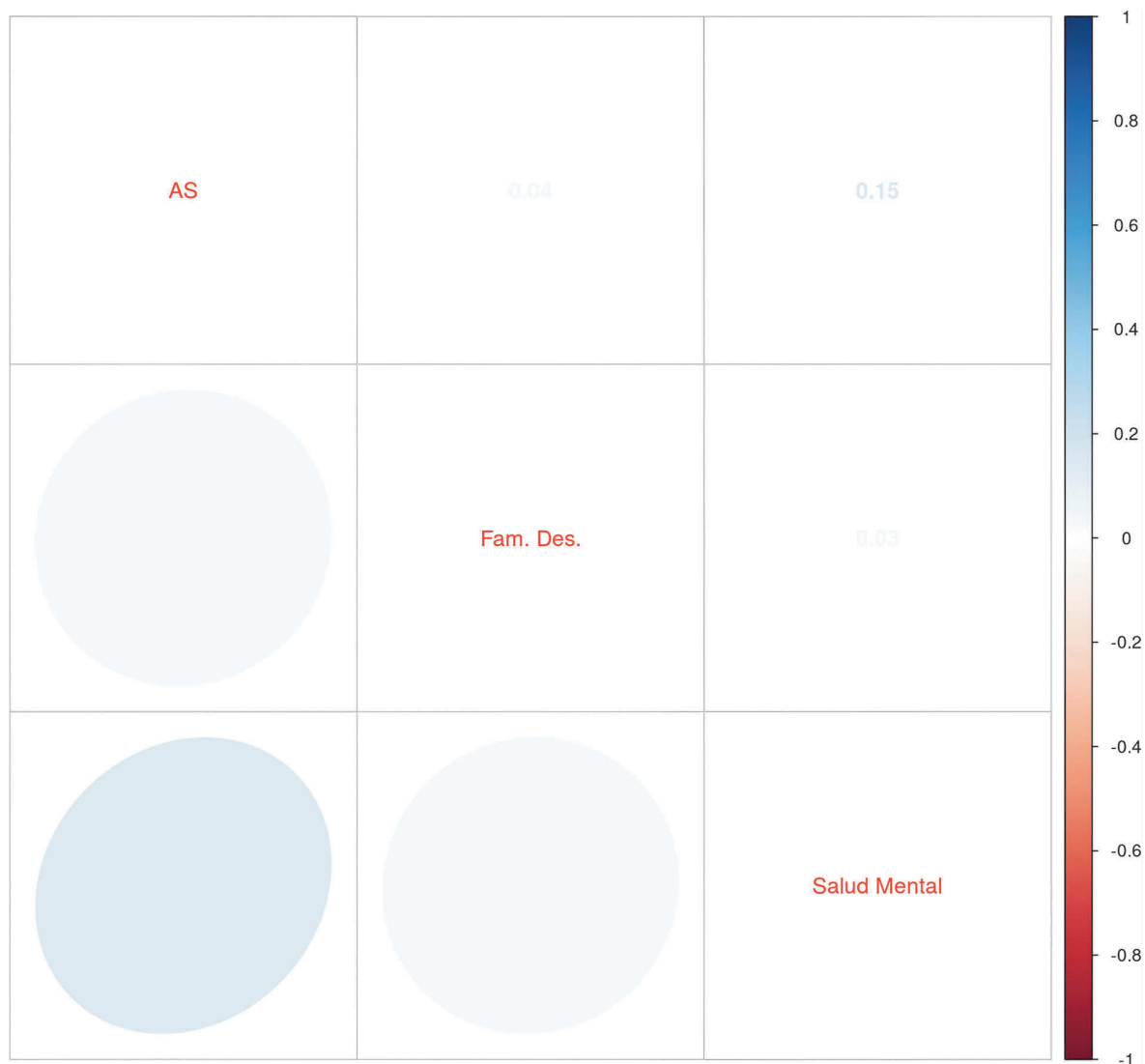
Para valorar si hay relación entre las variables en la correlación anterior no fijamos en los valores que se encuentren entre 0,4 y -0,4, que son los que tiene valor estadístico. Parece que la relación entre la utilización de analgesia y el tipo de fin de parto sí tiene una correlación, a mayor utilización de analgesia durante el parto, mayor número de partos vaginales. Correlación débil entre el inicio del parto y el tipo de finalización del parto.

Si se encuentra correlación entre el mayor tiempo de expulsión y la presencia de desgarros durante el parto. Valor de $p < 0,05$ de significación.

Fig. 83. Análisis de edad/ presencia de atonía/ transfusión

Se encuentra una correlación débil entre la presencia de atonía y transfusión, no así relacionando cada variable con la edad. Es decir, la paciente que presentó atonía uterina tiene mayor probabilidad de ser transfundida que la que no la presenta, independientemente de la edad.

Fig. 84. Correlación entre el antecedente de agresión sexual, proceder de familia desestructurada y proceso de salud mental



Parece que la correlación que dentro de estas variables analizadas se encuentra es la presencia del antecedente de agresión sexual con el proceso de salud mental, con valor de 0,15.

El hecho de tener un antecedente de salud mental está relacionado con la presencia del antecedente de agresión sexual, sin relación con el antecedente de proceder de una familia desestructurada.

5. Discusión

El motivo para emprender este estudio fue la preocupación por la percepción que se tenía sobre el incremento de las gestaciones no deseadas en adolescentes del Área III del SMS.

Comenzamos explicando la visión de la mujer como un complejo ser de interacciones, no solo hormonales, sino sensoriales, con grandes y altas capacidades si se desarrollan plenamente. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que estamos limitadas a un reloj biológico que no se detiene ni ralentiza y el tema de salud sexual y reproductiva es fundamental y primordial para la mayoría de mujeres que en algún momento se plantean o plantearán ser madres⁸. Conocemos de sobra que la maternidad, en una parte de la población femenina, se posterga en un buen porcentaje buscando el desarrollo profesional, y otra parte que, por cultura, religión o costumbres propias, asumen el rol de madres muy tempranamente. Debemos asegurarnos que el pleno desarrollo de cada mujer se beneficie de personal accesible y actualizado que resuelva dudas.

Cuando se publica el manifiesto de la sociedad española de contracepción 2018 (anexo A6), la sensación de que todas las ideas en traducción excelente se transcribieran, de lo que en ese momento nos preocupaba, ya no solo eran inquietudes, se convirtieron en metas que había que conseguir y qué mejor manera que pensando en grande, pero iniciando en pequeño, con nuestras adolescentes, en una pequeña población, para realizar grandes cambios.

Defiendo el poder de decisión, que cada una es libre de los actos que realiza.

Es obligatorio que nuestro futuro, nuestras jóvenes tengan las armas suficientes para poder elegir, desarrollarse, vivir y conseguir el éxito que cada una se planteó, sin tener que perjudicarse ellas mismas y/u otro ser que dependa de ellas. Hacerles ver que los actos tienen consecuencias y son responsables de esas consecuencias⁷.

Conviene salir de un círculo de no progresión social económico e intelectual condicionado por los escasos recursos, tiempo o cambiar lo que te habías planteado por tener de golpe la responsabilidad y dependencia, que en cierta medida limitarán lo que puedas lograr o intentar conseguir y si no lo dificulta. Romper círculos viciosos de dependencia, dejando vulnerables en cuanto a decisiones sobre ellas mismas y sus descendientes solo por el hecho de no tener independencia⁶³.

La joven que aun así lo decide porque es su vocación o porque culturalmente no conocen otra forma de desarrollarse, está bien, porque ante todo debemos tener respeto por cada decisión, pero siempre siendo informada.

El presente estudio recopila 53 variables, a las que se realiza el análisis estadístico en el Área Científica y Técnica de Investigación de la Universidad de Murcia – Sección de Apoyo Estadístico.

Se procederá a justificar las variables agrupándolas por objetivos para mayor facilidad y orden, por si se necesita volver a los gráficos para valorar los datos. No todas las variables pueden analizarse estadísticamente, pero aun así hemos querido reflejar y comparar la mayoría de los datos, para evidenciar la importancia clínica.

Los estudios elegidos para realizar la discusión se han seleccionado en base a las características propias del nuestro y las variables analizadas, prevaleciendo estudios españoles^{68 70} y latinoamericanos^{71 74 81 91 110}.

Son un total de 559 mujeres, 303 casos (adolescentes) y 256 controles (adultas), en las que se intenta por todos los medios buscar los datos dentro de las historias clínicas de las mujeres excluyendo notas e historias de recién nacidos, valorando también la cantidad y calidad de llenado de estas (NA, cuando no hay dato).

La tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 12 por 100.000⁵³. El 99% de las muertes maternas anuales ocurren en países en vías de desarrollo¹⁰⁴. Sumado a la prevalencia de gestaciones adolescentes, que es mucho mayor en países en vías de desarrollo, crea un abismo en cuanto a comparaciones, por lo que intentaremos realizar las mejores reseñas y búsquedas nacionales⁶⁴.

Ya se cuenta con un registro regional, CREM. Para consultar los indicadores, contamos con todas las herramientas⁶⁴, tenemos un documento de enlace que funciona multidisciplinariamente, con acciones a nivel de atención primaria, matronas y ginecólogos, nombradas como UGA (unidad ginecológica de apoyo) en la que realmente se lleva la salud sexual y reproductiva. Existen los lugares físicos, el documento (Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva⁶⁵), el enlace (PIAM⁶⁶) y tenemos que preguntarnos qué está fallando.

Que se consiga solventar problemas como la sobrecarga asistencial, mejorar la accesibilidad y apertura de las consultas, así como disminuir la desinformación o problemas en reproducción y sexualidad, asegurar la reproductividad y proveer las herramientas necesarias para que se consigan futuros deseados y esperados, sobre todo disminuir la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo y gestaciones no deseadas en la Región. Ofrecer formación a todo el personal sanitario que lo desee, integrar a pediatría por la edad de inicio cada vez más temprana de las relaciones sexuales y dar a conocer el PIAM⁶⁶, elaborado en el 2012, a todo el personal en contacto con la salud de la mujer, que consta de 6 subprogramas y que tiene buena cobertura, quedando pendiente la creación de un subprograma específico para la atención a la adolescencia.

5.1. Justificación, análisis y comparación de los resultados

5.1.1. Objetivo 1: Datos demográficos

1. Nacionalidad

Para romper con el mito de que el embarazo adolescente es un problema de la inmigración en el Área III, dentro de la introducción se expuso el pequeño porcentaje que se incluye de inmigración regularizada, y se indaga sobre los aspectos de cobertura (apartado 1.7). Al menos en la Región de Murcia, la mujer embarazada y los menores de 18 años tienen derecho a la atención sanitaria⁶⁷. El problema viene justo después, cuando las mujeres tienen acceso a un IVE, pero no a un método anticonceptivo, en algunos casos, si no están regularizadas.

Por lo tanto, creo que algo debemos modificar y valorar el coste-beneficio de dicho aspecto (apartado 1.12).

La mayoría de las pacientes, en ambos grupos de estudio, pertenecen a la nacionalidad española, seguidas de ecuatorianas y marroquíes (culturalmente la mujer se prepara para el matrimonio y procrear).

Nuestros resultados se encuentran en contraposición a otros estudios nacionales, en los que se describe la inmigración como el problema de mayor prevalencia en la gestación adolescente⁶⁸.

A nivel mundial, según OPS/OMS las gestaciones adolescentes son más frecuentes en África Subsahariana, seguidas de Latinoamérica y Caribe⁶⁹.

2. Población

La mayoría de las gestaciones se dan en las zonas con mayor densidad poblacional del área III del SMS. Nos sirve para hacer ver al personal dónde hay que focalizar más trabajo de campo, crear estrategias para mejorar conocimientos a todo aquel que esté interesado en la consejería en planificación familiar y brindar las herramientas necesarias para que esté bien informado, actualizado y, más aún, que exista un enlace multi-profesional que permita solventar dudas.

Lorca es la zona de más población y donde mayor número de embarazos se producen, seguida de Totana y Águilas. Dentro del estudio, al poner en evidencia que las densidades de población de Águilas y Totana se asemejan, se solicitó una nueva matrona para Totana con el fin de equiparar recursos. Ahora tendremos que comparar, en estudios posteriores, si las medidas adoptadas mejoraran la cobertura y accesibilidad a la atención.

La realización de un mapa de riesgo que incluya a la población más vulnerable y que permita intensificar los medios de difusión, no solo de métodos contraceptivos para evitar gestaciones no deseadas, sino para prevenir enfermedades de transmisión sexual que van en aumento de nuevo y en gran parte es debido al desconocimiento de ellas.

Esto está acorde a los estudios en los que se comparan las zonas de mayor población con los que tienen mayor prevalencia de gestaciones⁷⁰.

3. Edad

En cuando a la edad, es bien conocido que los embarazos en los extremos de la vida conllevan mayor riesgo⁴.

Dentro de nuestro grupo de casos, se obtiene que un 30% de las adolescentes son menores de edad, factor que incrementa el riesgo, tal y como lo describe la SEGO en la Guía de Asistencia Práctica actualizada en febrero del 2013⁵.

Dentro del grupo de controles el 27% son mayores de 35 años y un 5,6% mayores de 40 años. Así que, por edades, ambos grupos poseen riesgo.

Los 15 años es una edad que se encuentra ligada al factor nutricional, con mayor frecuencia de anemia y mayor presencia de cesáreas según la SEGO⁵ y, según

otros estudios latinoamericanos consultados, la edad es mucho menor para ambos grupos de estudio⁷¹, en otros la edad está acorde a nuestro estudio⁷².

La media de edad del grupo de casos es de 17,90 años. En el grupo de control, la media de edad es de 31,42 años. La edad del grupo de casos está acorde a los estudios consultados, no así las del grupo de control, que en la mayoría de casos la media de edad está en torno a los 24-25 años⁷².

Desde el año 2009, según el Instituto de la Juventud, se observa un aumento del inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas, como ya se expuso en la introducción (apartado 1.6.4)³⁰. Según las encuestas de la SEC, se inician con menos de 16 años, a pesar de conocer que la edad de consentimiento sexual son los 16 años en España⁴². Comparando la edad de inicio de las relaciones en nuestro grupo de control que son 9 meses menos la edad en la que se ha producido el parto, está en concordancia con los estudios internacionales consultados^{72 73}.

Cabe destacar que, con el cambio de la edad legal de consentimiento, se observó a nivel global un pequeño descenso o estabilización de las edades de presentación de gestaciones adolescentes. Otro asunto que habría que evaluar serían los IVEs, y su prevalencia de edad y la frecuencia de presentación en meses¹³.

5.1.2. Objetivo 2: Características obstétricas y del parto

1. Fórmula obstétrica: gravidez, paridad, abortos

La mayoría de las pacientes del grupo de casos son primigrávidas y nuligestas. La mayoría del grupo de control son multigestas y múltiparas (ver tablas 24 y 26 en la págs. 70 y 71, respectivamente). Con un porcentaje de abortos muy similar, teniendo en cuenta la diferencia de concentración de edades en cada grupo de estudio.

Dicho resultado se encuentra acorde por lógica de conformación de los grupos por edades, en los estudios consultados^{71 74}.

La SEGO⁵ menciona que, una cuarta parte de las pacientes tienen un segundo hijo dentro de los siguientes dos años a la primera gestación. Según el doctor Félix Notario, portavoz de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA), la mitad de las adolescentes en estado de gestación vuelven a quedarse embarazadas en menos de dos años, razón de más para incrementar los controles. La SEMA señala al pediatra como el responsable de la planificación familiar⁷⁵.

Una realidad que está en concordancia con nuestro estudio, pues el 49,5% presenta un embarazo posteriormente y solo un 50,5% se mantiene primípara al momento de finalización del estudio (2019).

2. Control gestacional

Los sucesos personales y familiares complicados en los que el entorno de creencias y culturas juegan un papel muy importante, sobre todo cuando son pacientes menores de edad, pues básicamente están muy regidas por las opiniones de quien son responsables de ellas⁷⁶. De hecho, nuestro grupo de

casos son los que tienen mayor número de controles tardíos comparado con el grupo de control.

La edad deja de ser un factor de riesgo con un buen control prenatal, determinación del riesgo⁷⁷ y estado nutricional disminuye los riesgos de morbilidad neonatal. Gracias al sistema de salud que da cobertura a la embarazada, la tasa de mortalidad es muy baja en España^{13 53}. En nuestro estudio, solo tres pacientes no realizaron control prenatal.

En discordancia de los estudios que denotan la falta de control prenatal en las jóvenes adolescentes, comparado con el resto de la población, indicando falta de accesibilidad (medio rural), económico, social, según el estudio publicado en Revista Médica MD, solo el 62,4% reciben un correcto control prenatal⁷⁸.

Nuestro grupo de estudio, cuenta con un control cercano al 85%, lo que no quiere decir que sea un control adecuado o completo, pues hay pacientes con control tardío.

Con base en los estándares de calidad establecidos por el estudio de Oaxaca México, se puede concluir que estos centros de salud brindan una atención oportuna durante el embarazo, pero no así durante el parto o el puerperio; y en todos los casos necesitan reforzarse a nivel de infraestructura, equipo, insumos, medicamentos y recursos humanos para poder dar una atención obstétrica oportuna y de calidad de acuerdo al nivel normativo para este nivel⁷⁹.

En España la atención correcta del control prenatal por parte del sistema público de salud, en el SMS se presta atención al embarazo, parto y puerperio del 100% de las mujeres que acuden⁹. En el PIAM⁶⁶ la responsabilidad es del equipo multidisciplinar compuesto por médico de familia, matrones/as y médicos gineco-obstetras.

La OMS publica una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal y disminuir la mortalidad en 2016, haciendo énfasis «El embarazo debe ser una experiencia positiva para todas las mujeres, y estas deben recibir una atención que respete su dignidad», señala el Dr. Ian Askew, director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS^{80 81}.

3. Serología

Se supone que, dentro de los controles en las adolescentes debe incluirse una analítica con serología, algo que no en todos los casos se cumple por desconocimiento y/o porque la adolescente no acude a la consulta. Aun así, se posee un circuito efectivo pues, aunque solo de una paciente se desconocía el resultado durante el parto, en el posparto inmediato se obtuvo el resultado y se tomaron medidas para el recién nacido.

Está indicado realizar cribado de neisseria y clamidia en la población adolescente, por lo que debemos reforzarlo dentro de los profesionales⁸².

Los virus de transmisión parenteral/sexual hepatitis B, virus hepatitis C, VIH, la infección transplacentaria son poco frecuentes por los controles serológicos durante la adolescencia y por el esquema de vacunación, pero puede darse la transmisión vertical, por lo que es crucial conocer las analíticas en el momento del parto, y realizar las medidas preventivas correspondientes⁸².

En nuestro estudio no se obtuvo ninguna serología positiva a VIH. Únicamente, tres pacientes con anticuerpos positivos a Hepatitis B (1%). Otros cultivos vaginales positivos se presentaron en un 1,6% de las adolescentes y en un 1,9% de las adultas, una muestra muy pequeña. El análisis estadístico es significativo con una $p < 0,05$ y una V de Cramer: 1, aunque no se relaciona con una mayor morbilidad fetal.

En desacuerdo con otros estudios mundiales donde hay más prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, que se relacionan con factores socioeconómicos, orientación sexual y drogadicción⁸³.

4. AGA (EGB)

Hay que determinar los factores de riesgo para que se tengan los resultados de manera oportuna y valorar el riesgo de morbilidad neonatal. Se presentan partos prematuros en los que no da tiempo a tener el resultado para la adecuada profilaxis, pero se obtiene generalmente antes que la paciente salga de alta, lo que lo vuelve un proceso curativo y no preventivo. En el caso de controles tardíos o inadecuados, no se obtiene el resultado a tiempo, no por falta de información o asesoramiento, sino por responsabilidad de la paciente.

Esta situación está en discordancia con otros estudios a nivel de Latinoamérica, en los que no se cuenta con un cribado poblacional y solo se realiza profilaxis en pacientes con factores de riesgo, independientemente del resultado del cultivo^{84 85}.

Aun así, en nuestro estudio no se consigue relacionar la positividad de AGA (EGB) con la morbilidad fetal. En nuestro hospital contamos con un protocolo de prevención que incluye profilaxis antibiótica en pacientes con AGA positiva, realizado de acuerdo con el área de pediatría.

5. Variables del Parto: inicio, finalización, tipo de analgesia utilizado, realización de episiotomía, presencia de distocia, desgarro, tiempo de expulsión del recién nacido

El embarazo en estas jóvenes “entraña ciertos riesgos como el aumento de la frecuencia del parto pretérmino y el bajo peso en el recién nacido causados por la inmadurez del sistema reproductor de la madre adolescente”⁶⁸, en concordancia con la mayoría de los estudios consultados^{71 72 86}.

Los traumas obstétricos, la anoxia, la anemia y la prematuridad (60-80%) representan las causas de mortalidad fetal más habituales⁸⁷. También, son las adolescentes las que tienen con mayor frecuencia partos prematuros⁷⁵. El resto de estudios latinoamericanos consultados están en concordancia con los resultados de nuestro estudio^{71 88}.

El grupo de adolescentes, en su mayoría, inicia parto espontáneamente, finaliza de forma eutócica, se realiza mayor número de episiotomías, se presentan mayor número de desgarros y mayor utilización de analgesia epidural. En concordancia con los estudios consultados⁷¹.

El dolor durante el parto no aporta ningún beneficio⁵. No se puede comparar, puesto que la epidural no está disponible en la mayoría de servicios en Latinoamérica, solo se utiliza analgesia local para partos vaginales.

Dentro de nuestro grupo de estudio, la mayoría utilizó analgesia epidural en el parto.

Se confirma que el apoyo continuo y el acompañamiento de la parturienta durante el parto por la persona de su elección y personal a cargo, es más eficaz dentro de los métodos no farmacológicos. (nivel de evidencia A)⁵.

Entre los métodos farmacológicos, la analgesia epidural es la más eficaz y la elegida con mayor frecuencia, en concordancia con lo descrito en nuestro grupo de estudio².

El tiempo de segundo período de parto en adolescentes es mayor que en adultas. El resultado es estadísticamente significativo, aunque habría que ampliar la muestra para asegurarlo.

Hay más distocias descritas en el grupo de adultas (13 casos, 5,078%) que en el de adolescentes (4 casos, 1,32%), en concordancia con los estudios consultados⁸¹.

6. Recién nacido: Apgar al 1º y 5º minuto, pH de cordón de recién nacido, peso y sexo del recién nacido.

Los Apgar fueron similares en ambos grupos y mejoraron del primer al quinto minuto en ambos grupos de estudio. Aunque habría que destacar que, dentro del grupo de estudio, se encuentran los Apgar más bajos al primer minuto, lo que contribuye al peor pronóstico fetal y al aumento de morbilidad. En concordancia con los estudios consultados⁷¹.

Según los factores de riesgo de SEGO¹⁵, los recién nacidos de sexo masculino tienen mayor riesgo morbi mortalidad que los de sexo femenino, sin tener relación con ningún otro factor, en concordancia con los resultados.

La siguiente tabla es una adaptación de nuestros datos a un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara (México)⁷⁸. Hay que hacer hincapié en que la mayoría de recién nacidos de bajo peso se presenta en adolescentes en ambos grupos, pero, en contradicción, los Apgar bajos es en el grupo de adultas donde tienen menores Apgar desde esta comparativa.

Tabla 83. Comparación de pesos y Apgar 5 con un estudio en Guadalajara (México)

		Guadalajara MX (2013)		Nuestro estudio	
		Adolescentes	Adultas	Adolescentes	Adultas
Peso del recién nacido	Bajo (<2500gr)	79 (24%)	51 (15,5%)	28 (9,15%)	14 (5,4%)
	Normal (2501-3500gr)	221 (66,9%)	231 (70%)	215 (70,26%)	162 (62,55%)
	Macrosomía (>3501gr)	30 (9,1%)	48 (14,5%)	66 (21,57%)	83 (32,05%)
Apgar a los 5 minutos	0-7	14 (4,2%)	7 (2,1%)	3 (0,98%)	5 (1,93%)
	8-9	246 (74,6%)	254 (77%)	24 (7,84%)	29 (11,2%)
	10	70 (21,2%)	69 (20,9%)	272 (88,88%)	225 (86,87%)
n		330	330	306	259

Fuente: elaboración propia. Datos México: Rev Med MD.

Este estudio de casos y controles, anteriormente citado, es muy parecido, pero con los controles de adultas que incluyen edades de 19 o más (grupo B) y, en el grupo A, adolescentes como menores de 18 años. En ellos se concluye que la mayoría de pesos de recién nacidos son del grupo de 2.501 a 3.500 gramos en porcentajes bastante similares en nuestro grupo, teniendo en cuenta la diferencia de edades incluidas en cada grupo. Se observa concordancia con el peso, pero discrepancia con la valoración de los Apgar⁷⁹.

El pH de cordón no logró conseguirse de la historia materna, por lo que sería bueno que se indicara en el formulario de parto como pestaña obligatoria, ya que el pH se considera *gold standard*¹⁸ para valorar al recién nacido. Comprendemos que la importancia del valor es para el recién nacido, pero al obstetra le permitiría dar seguimiento a estos partos complicados o con Apgar bajo.

5.1.3. Objetivo 3: Factores que agravan la gestación

1. Factores de riesgo

La identificación de los factores durante el embarazo tiene como objetivo disminuir la morbi-mortalidad perinatal y materna. Según la Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo del INSS, un factor de riesgo es una característica o circunstancia identificable que pueda repercutir en el desenlace de un evento⁷³.

Dentro de los factores ambientales que puedan repercutir en el embarazo y se puedan adaptar al estudio tenemos: infecciones, enfermedades crónicas, tóxicos y carencias nutricionales, entre otras⁸⁹. Recordemos la tabla descrita de los factores de riesgo en el embarazo, según la SEGO (apartado 3.4.3).

Es importante realizar una adecuada historia clínica desde el inicio de la gestación y describir todos aquellos factores que puedan incidir negativamente en el resultado final del binomio madre-hijo.

En nuestro grupo de estudio de adolescentes se presenta mayor frecuencia de factores de riesgo con respecto al grupo de adultas. Dentro de los de etiología aguda no se presentaron traumatismos, ni hidramnios, pero sí, casos de drogadicción, sin aparente repercusión fetal. Es de especial mención, que una de las pacientes adolescentes con tres hijos está en búsqueda desde trabajo social por ausencia escolar y evidencia de drogadicción por parte de la madre, obviamente su importancia es clínica.

Dentro de los factores obstétricos/médicos, hay más casos de hipertensión crónica dentro del grupo de control. En concordancia con otros estudios en los que la gestación adolescente tiene mayor predisposición a presentar EHE^{71 81}. Se presenta solo una eclampsia dentro del grupo de las adolescentes.

No se toma en cuenta el factor de ruptura de membranas, pues no todas las historias se detallan en el momento de ingreso o están descritos dentro de notas en las historias clínicas.

Las infecciones durante la gestación sí se evidenciaron en ambos grupos, pero no se analizó estadísticamente por la escasez de datos. Aun así, el grupo de adolescentes presenta mayor número de infecciones durante la gestación/puerperio con respecto al grupo de control, en la línea de los estudios

consultados^{71 88}. En nuestro estudio, las infecciones más comunes fueron la de vías urinarias, metritis y mastitis, mientras que, en los estudios consultados, describen infección del sitio operatorio, endometritis e, incluso, sepsis.

No se estudia la incidencia de malformaciones uterinas, ni APP. Solo se describe una paciente con desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta dentro del estudio en el grupo de las adolescentes.

Factores sociodemográficos y laborales son descritos más adelante (apartado 5.2.5).

2. Patologías médico quirúrgicas sobre agregadas durante la gestación

Se presenta dentro de nuestro grupo de estudio mayor número de EHE, en concordancia con los estudios consultados, como ya se describió. El grupo de adolescentes presenta mayor número de enfermedades hematológicas y metabólicas con mayor prevalencia de hipotiroidismo, lo que puede reflejar un estado de carencia nutricional endémico del Área III. Mayor número de enfermedades musculo esqueléticas, probablemente por inmadurez o malformaciones en la pelvis. Mayor número de enfermedades neurológicas, epilepsia a la cabeza y mayor número de trastornos psicológicos.

Ambos grupos de estudio tienen igual porcentaje en presentación de afección cardíaca, respiratoria y urinaria /renal.

Solo se presentan ITS y problemas con tóxicos dentro del grupo de adolescentes.

Está descrito, tanto por la SEGO¹⁵ como por el INSS en su libro de Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo⁸⁹, que toda patología sobre agregada repercute negativamente, de manera general, en la salud de la madre y el feto. Se describen y comentan las que se presentaron en nuestro estudio.

- **Enfermedades psicológicas:** ansiedad, depresión, bulimia, trastornos adaptativos, de la personalidad e hiperactividad fueron algunas de las patologías encontradas en nuestro estudio. Conocemos que hasta un 80% de las puérperas atraviesa por una melancolía posparto, 4 o 5 días tras el parto que no precisa tratamiento¹⁵. La depresión suele aparecer al mes del parto. La importancia radica en velar por todas aquellas pacientes, ya de por sí vulnerables, con una carga para la que no están preparadas, muchas veces sin apoyos ni ayudas y que tienen mayor predisposición a desarrollar algún tipo de trastorno que necesite medicación⁹⁰. Nuestro grupo de riesgo, y más vulnerable es el grupo de estudio, acorde a los estudios consultados⁹¹.
- **Enfermedades autoinmunes:** síndrome antifosfolípido, púrpura de Shoenlein Henoch. La prevalencia del síndrome antifosfolípido es de un 2%; tiene graves repercusiones cuando no se conoce antes del embarazo⁷⁴. En nuestro estudio solo se presentó un caso en el grupo de control, sin complicaciones mayores.
- **Patología quirúrgica:** apendicitis aguda y colecistitis aguda. La apendicitis aguda se presenta en 1 de cada 1500-2000 embarazos. La colecistitis aguda es la segunda causa de abdomen agudo en la embarazada; su prevalencia

es de 1 de cada 6000-10000 embarazos^{92 93}. En nuestro estudio, la patología quirúrgica se presenta en mayor medida en el grupo de control, posiblemente por ser de mayor edad, quedando pendiente el estudio del IMC para su relación con otros factores de riesgo ya conocidos en el grupo de control, como son la edad, el embarazo o incidencia de diabetes⁹⁴.

- **Patologías respiratorias:** Asma, bronquitis. El embarazo conlleva al final de la gestación una fatiga respiratoria y un aumento de los efectos de condiciones respiratorias previas como el asma (1%), que es una patología restrictiva en sí misma⁹⁵. Y si le sumamos un factor de riesgo, como es el tabaquismo, se incrementa la morbimortalidad fetal. La forma más evidente es el crecimiento intrauterino retardado y la hipoxia fetal. El asma grave y mal controlada se asocia con prematuridad, cesárea, EHE y RCIU⁷⁴. Las patologías respiratorias se presentan en el grupo de adultas en un 2,73% frente al 0,66% del grupo de adolescentes.
- **Enfermedades Metabólicas:** hipotiroidismo, hiperaldosteronismo, diabetes gestacional y/o insulino dependiente tipo I, hipertiroidismo. Nuestra zona es un área endémica en cuanto al hipotiroidismo, cribado realizado en nuestra región cuyo protocolo se revisa y cuenta con un manejo multidisciplinar, junto con el servicio de endocrinología/pediatría. Dentro de los efectos del hipotiroidismo en el embarazo encontramos el aumento de EHE, de prematuridad, anemia, bajo peso al nacer e hipotiroidismo neonatal, por lo que se considera además de una patología sobre agregada, un factor de riesgo que se debe tener en cuenta^{96 97}. Dentro del grupo de estudio se encuentran más factores de riesgo y más patologías sobre agregadas, con excepción de diabetes gestacional, que se presentan en mayor medida en el grupo de adultas. Según algunos autores, la prevalencia es de 5 a 12% de las embarazadas y puede afectar la gestación complicando el crecimiento fetal, con predisposición incluso de muerte intra útero. En la región se tiene un manejo multidisciplinar por lo que se controla muy bien y se tiene un buen protocolo por lo que la morbilidad materno fetal disminuye⁷⁴. En nuestro estudio, el grupo de adultas presenta un 8,2% de enfermedades metabólicas, frente al 5,3% del grupo de adolescentes, lo que se encuentra en concordancia con la prevalencia antes descrita.
- **Patología fetal:** Se describe AUU P>90, Megacisterna magna, CIR, prematurez, oligoamnios. Se describe que las edades de riesgo de presentación de mayor morbilidad fetal son las adolescentes y mayores de 35 años que son la mayoría de nuestros grupos de estudio. En España, la patología fetal se describe con mayor frecuencia en el grupo de adultas, CIR y prematuros, resultado en discordancia con nuestro estudio^{8 74}.
- **Estado Hipertensivo del embarazo (EHE):** Se describen entre un 3-5% de frecuencia de presentación¹⁵, en la adolescencia. Según la última clasificación, se incluye las pacientes con alteraciones de la tensión arterial y daño orgánico hepático renal o pulmonar pero, sin restarle importancia, a la presencia de edema y/o proteinuria⁹⁸. Dentro de los factores predisponentes para una preeclampsia, que es otra de las patologías que conlleva alta morbimortalidad materno fetal, se encuentran, la presencia de hipertensión arterial previa, enfermedad autoinmune, enfermedades crónicas renales,

diabetes tipo 1 o 2, así como el antecedente de preeclampsia en gestación anterior⁷⁴. En nuestro estudio, es el grupo de adolescentes el que presenta mayor prevalencia de EHE con un 2,6% frente a 1,2% de las adultas. Hay mayor número de hipertensas crónicas en las adultas que en las adolescentes. De acuerdo con los estudios consultados, las adolescentes presentan mayor prevalencia de EHE^{71 74} y más hipertensas en el grupo de control⁷⁹.

- **Patología infecciosa:** pielonefritis, ITU, cistitis. La prevalencia del ITU es del 10% en la gestación. Dentro de nuestro estudio es la patología infecciosa más frecuente. Toda patología infecciosa debe tratarse de forma adecuada para evitar recidivas y evitar que aumente la morbilidad neonatal⁹⁹. Se presenta en mayor frecuencia en el grupo de adultas.
- **Enfermedades neurológicas:** migraña, epilepsia, cefalea tensional. La migraña es la principal enfermedad neurológica y afecta al 18% de las mujeres en edad fértil; tiene un debut del 2-16% en el primer trimestre, por lo que es importante diagnosticarla y diferenciarla de otras patologías más graves como el ACV. La epilepsia es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación, con una prevalencia en 1 de cada 200 gestantes. Es importante, poner énfasis para que la paciente cumpla el tratamiento, en dosis y horas, para evitar complicaciones⁷⁴. En nuestro estudio, se presentaron enfermedades neurológicas en un 2% de las adolescentes, frente al 0,4% del grupo de adultas.
- **Patología musculo esquelética:** Escoliosis asimétrica de cadera, luxación congénita de cadera. La importancia radica por las modificaciones estructurales, la estática corporal durante el embarazo, cambios de gravedad por el peso del feto. Se provocan desequilibrios adaptativos acentuados por la propia estructura corporal de la mujer. Los cambios hormonales incluyen movilidad de las articulaciones sacroilíacas lo que puede ocasionar aún más algias en una paciente con una alteración previa y sobre todo prevenir problemas en el canal del parto⁷⁴. En nuestro estudio, se presentaron en un 1% de las adolescentes, frente al 0,4% del grupo de adultas.
- **Patología cardíaca:** Se presentan como diagnóstico: soplo cardíaco sin estudio, hipertensión arterial. En nuestro estudio se presenta la hipertensión crónica como patología de mayor incidencia en el grupo de control. La prevalencia de las cardiopatías es de 0,5-2%. Son la principal causa de mortalidad materna no obstétrica. Es importante evitar la hemorragia posparto para no desequilibrar el volumen de la paciente y evitar mayores complicaciones hemodinámicas^{8 74}. El porcentaje de ambos grupos es similar en frecuencia, en concordancia con lo descrito en la literatura antes mencionada.
- **Patología digestiva:** enfermedad de Crohn, colitis. Nuestra incidencia fue baja y no se presentaron complicaciones.

3. Complicaciones puerperales, atonía y transfusiones

La estrechez del canal de parto predispone a complicaciones traumáticas, riesgo de hemorragia e infecciones, en las pacientes adolescentes⁶⁸.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en adolescentes a nivel mundial⁴.

La hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de morbilidad grave en países desarrollados. Cerca de un 88% de las muertes ocurren en las primeras 4 horas¹⁰⁰. Se presentan complicaciones, tras sufrir un cuadro de HPP, pero solo en 2/3 de las afectadas se prevé porque presentan algún factor de riesgo^{101 102}. La prevalencia es del 5-15% de todos los partos¹⁵. Dentro de los factores de riesgo se mencionan la alteración anatómica y funcional del útero, retención de restos placentarios, alteraciones en placentación, traumatismo en el canal del parto, o en la incisión de la cesárea, rotura uterina en pacientes con cesárea anterior, o alteraciones de coagulación¹⁰³. En nuestro estudio, el grupo de adolescentes presenta mayor porcentaje de atonía, un 4,3% sin especificar la causa (sin casos en el grupo de control). Se transfundieron a un 2% de las adolescentes, frente al 0,4% de las adultas, lo que nos puede hacer pensar en alguna atonía no descrita en las historias. En los estudios consultados no hay unanimidad de criterio. En algunos, hay correspondencia con nuestros resultados⁸⁸ y, en otros, discordancia⁷¹.

Se describe que las causas de mortalidad a nivel mundial son: la hemorragia, las infecciones, la hipertensión en el embarazo, complicaciones en el parto y abortos peligrosos que se asocian con el 75% de las muertes maternas¹⁰⁴.

Afortunadamente, aunque la prevalencia de las patologías coincide, no se tuvo ninguna muerte materna durante el periodo de estudio. Tampoco se realizaron histerectomías obstétricas en los grupos de estudio. No se presentaron trombosis de ningún tipo en los casos descritos en el estudio actual.

La mastitis es una infección puerperal común, fácil de identificar y tratar evitando repercusiones mayores.

Otra de las morbilidades identificadas fue la endometritis que puede dejar repercusiones posteriores en la fertilidad de la mujer. No se presentaron complicaciones infecciosas graves.

No se tiene registro de infecciones leves manejadas en primaria de herida quirúrgica ni de infección de episiotomías.

4. Patología cervical

El porcentaje de frecuencia de patología cervical es muy cercano en ambos grupos de estudio, casi un 1% para las adolescentes, frente al 3% de las adultas. Se desconoce actualmente si hay progresión de las lesiones, que tienen un diagnóstico de CIN en su mayoría. Habría que recordar que nuestro grupo de estudio solo estudia seis años (de 14 a 19) frente a los 25 años del grupo control. En contradicción con los estudios encontrados, en los que la infección por HPV más frecuente es del tipo condilomatosa (benigna)^{105 106}.

Es importante hacer hincapié en la revisión y cumplimiento del calendario vacunal¹⁰⁷ de toda paciente adolescente.

En el intento de relacionar las relaciones sexuales tempranas con la aparición de patología cervical se comprueba dado el similar resultado que,

probablemente, sí tiene que ver como factor coadyuvante para la aparición de lesiones provocadas por el HPV en el Área III.

5.1.4. Objetivo 4: Presencia de violencia de género, salud mental, agresión sexual, ingesta de alcohol/drogas y/o ambas (intoxicación etílica)

Se describen dentro de los procesos de consulta de las historias clínicas del aplicativo SELENE, los siguientes asuntos que nos parecen más relevantes. Al presentarse pueden afectar la calidad de vida y estado emocional, que repercute a la vez en la forma que puedan desarrollarse. Se trata de un estado que afecta también a su descendencia.

1. Violencia de genero

Dentro del PIAM⁶⁶ se mencionan acciones de sensibilización que permitan prevenir las diferentes manifestaciones de violencia, como lo indica la CEDAW y la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre¹⁰⁸.

En nuestro estudio, se presentaron 10 casos (3,3%) en el grupo de adolescentes y ninguno descrito en las adultas. Contribuyen muchos factores a nivel social, cultural y religioso. Es un fenómeno que merece mención propia y que, aun teniendo información y leyes, sigue faltando educación y concienciación sobre el problema y la solución del mismo. Datos acordes a las cifras mundiales encontradas, la mujer, en general, sufre mayor violencia⁶⁸.

2. Agresión sexual

En nuestro estudio, encontramos 10 casos de agresión sexual (3,3%) en las adolescentes y uno en las adultas (0,39%). Actualmente existe un protocolo ante la agresión sexual en marcha en la Región. Lamentablemente esto no evita que se produzcan, pero sí repercusiones posteriores, como la adquisición de ITS o embarazos no deseados. En concordancia con los datos a nivel mundial de la OMS, las adolescentes son las que sufren más agresiones sexuales^{66 109}.

3. Salud mental

Se incluye la descripción del diagnóstico de ansiedad, depresión, trastornos adaptativos, trastornos alimenticios e intentos autolíticos. Se menciona el fallecimiento del recién nacido como el desencadenante para el padecimiento de alguna patología mental. Lo mismo ocurre si la paciente decide entregar al recién nacido en adopción. Deben emplearse soportes psicológicos necesarios, pues se trata de una gestación involuntaria, que puede generar sufrimiento, alteraciones psicológicas, de conducta, inmediatamente o años después del parto y la separación.

Debemos valorar antecedentes de desórdenes presentados por los padres de las pacientes principalmente hablando de gestaciones de riesgo, porque el riesgo de presentarlos durante la gestación o en el posparto son muy altos.

Nuestro grupo de estudio es de alto riesgo solo por su edad. Además, la vulnerabilidad de toda su situación y el mayor número de patologías presentes las convierte en diana para el padecimiento o agravamiento de su propia patología, lo que puede repercutir en la forma de cuidado del recién nacido o de ellas mismas. Lo que está en concordancia con los estudios consultados^{91 110}.

Se presentan similares porcentajes en ambos grupos de estudio, 13,9% en adolescentes, frente a un 12,1% en adultas.

4. Tóxicos

Hay que mejorar la comunicación. Se sabe que el consumo de tabaco está muy ligado al consumo de cannabis, por lo que hay que describir abiertamente los riesgos, no culpabilizar, tranquilizar y, si se sospecha, realizar test de orina para su confirmación y evitar complicaciones y/o determinar riesgos en los neonatos.

Los adolescentes tienen su primer contacto con el tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes (con y sin receta) entre los 14 y 18 años. La incidencia presentada en nuestro estudio en las adolescentes es inferior al 1%. Para la mayoría de las pacientes, el consumo de alcohol y tabaco, predominantemente, para socializar es algo normal, nada alarmante y una práctica habitual^{111 112}.

5.1.5. Objetivo 5: Situación bio socio laboral de las pacientes

1. Método de planificación familiar previo a la gestación

No utilizar ningún método contraceptivo eficaz durante la primera relación sexual multiplica por 6 el riesgo de presentar un embarazo⁵.

Comparando los datos del Observatorio de la SEC de 2018⁴², sobre la prevalencia de la no utilización de preservativo durante la primera relación con nuestro estudio, obtenemos que a nivel nacional el 30,7% de las adolescentes encuestadas de la SEC no usaron ningún método en la primera relación, frente al 73,48% de las pacientes adolescentes de nuestro estudio. Son resultados acordes a los estudios nacionales en los que la mayoría de las adolescentes no utiliza ningún método contraceptivo en la primera relación⁶⁸, pero con una prevalencia mucho mayor.

2. Intento de IVE

Tendríamos que asegurar una atención psicológica y de trabajo social y una consulta por parte del ginecólogo para que la paciente tome la mejor decisión con toda la información veraz, oportuna y adecuada. Normalmente debe ser un equipo multidisciplinar propio para la atención en la adolescente.

Mejorar la información, prevención creo que es la clave para disminuir gestaciones no deseadas.

Tal como se expone en el apartado 1.6.3., la cantidad de IVES en el área se mantiene estable con el paso de los años, aunque la Región de Murcia continúa por encima de la media nacional⁴⁰.

3. ¿Influye proceder de familia desestructurada? ¿Se produce un cambio del círculo de amigos después de la gestación?

Según referencias mundiales y nacionales, el proceder de familias monoparentales, desestructuradas, o haber sufrido algún tipo de violencia de género o que sus padres/madres y/o tutores han tenido alguna experiencia que de alguna forma ha dejado huella en la adolescencia pueden influir en el comportamiento o forma de actuar de los adolescentes o de sus parejas. Es importante romper ciclos de violencia. Es en menor porcentaje en el que cambian a actitud positiva y evitar errores producidos por los progenitores, normalmente el comportamiento es de imitación, pues es adquirido como algo normal. Lo que debemos hacer y difundir a nivel familiar e institucional es el incremento de la información, mejorar la educación e identificar a las adolescentes en mayor riesgo para actuar con previsión.

Según nuestro estudio, el 29,25% de las pacientes proceden de familias desestructuradas; el 16,33% de las pacientes cambia su círculo de amigos; el 7,48% se queda sola. En concordancia con los estudios consultados en los que hay un cambio en el entorno⁹¹.

4. Estudia, trabaja y/o trabaja la pareja. Apoyo familiar y dependencia

El bajo nivel de estudios está relacionado con la maternidad temprana⁵.

La función del profesional y de los progenitores debe ser evitar gestaciones posteriores y animar a que continúe con sus estudios y que se desarrollen personal y profesionalmente.

De las adolescentes que contestaron al estudio, un 46,95% tenían estudios de Primaria y solo un 17,69% ha continuado estudios.

Casi un 41% de las que respondieron, trabajaba en el momento de finalización del estudio y cerca de un 73% trabajaba la pareja.

En discordancia con estudios latinoamericanos en los que la mayoría de las adolescentes se quedan en casa, sin estudiar, ni trabajar, entrando en un bucle de dependencia^{70 72 91}.

Los ingresos en las adolescentes, por lo general, no suelen ser suficientes, ya que el 80,27% recibe apoyo económico de la familia y el 41,5% dependen casi exclusivamente de los padres y/o suegros.

La dependencia económica implica, en muchos casos, no poder abandonar el hogar familiar. Así las adolescentes se convierten en espectadoras de su propia vida donde los padres o suegros influyen en la crianza de los hijos. La falta de recursos dificulta el desarrollo individual y profesional, convirtiendo, en su mayoría, a las adolescentes en amas de casa, cuidadoras de sus hijos, cuando, por sus respuestas, la mayoría tenían otros sueños u otras aspiraciones en la vida. En concordancia con los estudios nacionales⁷⁰.

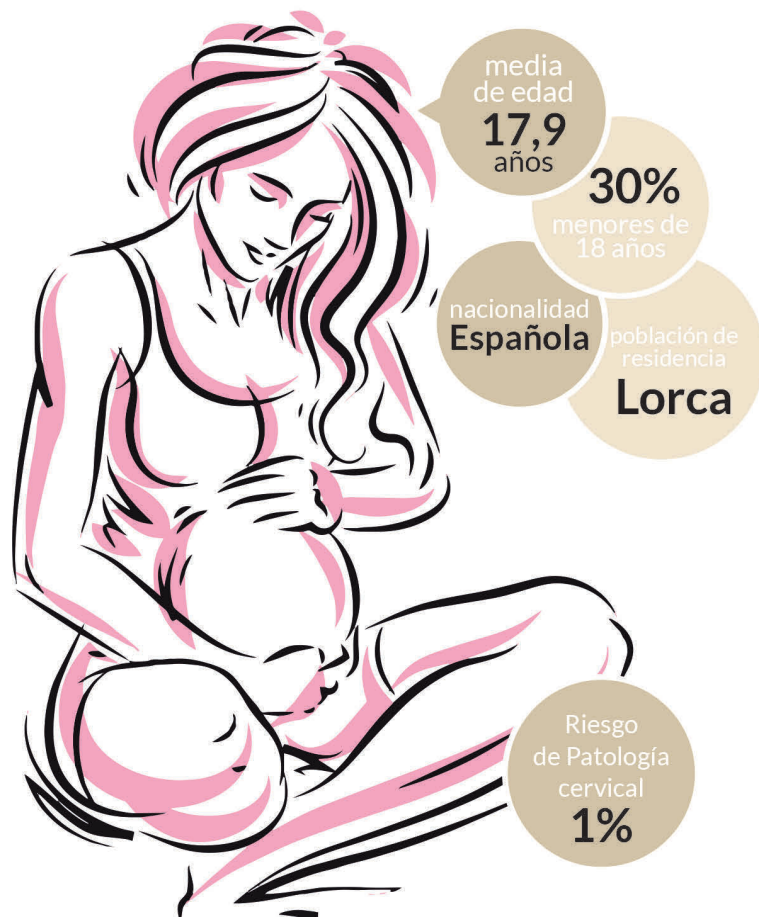
5.1.6. Objetivo 6: Análisis comparativo de algunas características de la lactancia materna

1. Lactancia materna exclusiva, duración de lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y presencia de problemas de enganche

Los porcentajes de lactancia materna al momento del alta de las pacientes que han tenido su parto en el HGURM han evolucionado de manera positiva en los últimos años. En 2015 era de casi un 43%. En 2016 aumentó hasta un 74%, descendiendo hasta un 66% al año siguiente, para crecer de nuevo hasta casi a un 80% en 2018 (datos extraídos del aplicativo CRYSTAL).

En nuestro estudio, un 72% de las adolescentes mantuvo la lactancia materna exclusiva, al menos durante los primeros seis meses. En concordancia con los estudios consultados¹¹³.

PERFIL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL ÁREA III DEL SMS



PRIMIGESTAS	71,9%
MULTÍPARAS	13,5%
Control prenatal	84,8%
Parto prematuro <37 semanas	10,6%
Inicio espontáneo del parto	80,5%
Parto eutócico	63,3%
Uso de analgesia epidural	37,9%
Episiotomías	35,3%
Desgarro vaginal	19,8%
Recién nacidos de bajo peso	9,1%

Violencia de género	3,3%
Agresión sexual	3,3%
Abuso de drogas	0,7%
Salud mental	13,9%

Factores de riesgo durante gestación/parto	40,3%
Patologías sobre agregadas	28,4%
Complicaciones parto/puerperio	47,5%
Atonía en el parto	4,3%
Anemia postparto	87,8%

Procede de familia desestructurada	29,3%
Vive en pareja	55,1%
Nivel de estudios completados PRIMARIA	46,9%
No trabaja	59,2%
Dependencia de los padres	41,5%
Antecedente de aborto	21,5%

© Karen Aguilar Duarte. 2019

Fuente: elaboración propia

6. Limitaciones de estudio

En el período en el que se inició el trabajo de investigación, el paritorio se encontraba en reforma y, entre mudanzas, se produjo la pérdida de uno de los libros (6 meses de un año), por lo que, dadas las limitaciones de acceso a los datos y por medio de la secretaria de ginecología, se tuvieron que extraer los datos de las pacientes por días hasta completar los meses restantes del año 2017.

Se realiza una actualización del aplicativo Selene en la que hubo pérdida de datos, evidenciando que, si a nivel administrativo se abría el proceso del parto actual en un proceso ya existente de parto anterior, los nuevos datos sustituían o borraban los datos anteriores. Se puso en conocimiento de las partes involucradas y se le dio solución, pero para algunas pacientes ya no podían ser corregidos sus expedientes informáticos. Por suerte, fue en años en los que aún se duplicaba la información (papel y ordenador), por lo que se pudo verificar que los datos y el funcionamiento de los formularios y programas era adecuado. Aun así, no se obtuvieron todas las historias.

En algunos casos se encontró que no coincidía el nombre con el número de historia, por lo que se intentó dar con las pacientes de la mejor forma. A veces había cambio de un número en el historial de la paciente y en otras el nombre incompleto o mal escrito.

Con la modificación de la ley de protección de datos (ley orgánica 3 /2018), hubo mucho recelo de cada parte a investigar en los centros y a nivel hospitalario, convirtiendo la minería de datos en un proceso mucho más tedioso a pesar de contar con todas las autorizaciones.

Al inicio de la investigación el título y objetivo del trabajo era solo “Repercusiones bio psico sociales de las pacientes que se ven afectadas por una gestación no planificada”. Posteriormente, al ver que la mayoría de los datos tenían significación estadística, se procedió a realizar un estudio de casos y controles. Para la extracción de datos del grupo de control se decidió tomar cada parto posterior al parto adolescente.

Al momento de la obtención de los datos del grupo de control, ya el paritorio se encontraba en sus nuevas instalaciones y al buscar los libros de paritorio, se había extraviado el libro de paritorio de 2016, por lo que se procedió a realizar la misma acción con la ayuda de secretaria de ginecología y se extrajeron los partos por días de todo el año.

Se evidencia la falta de cumplimentación de los distintos formularios, por lo que se revisó la historia clínica de la paciente en el momento del ingreso, el partograma, el formulario de parto, la hoja de parto y el alta maternal, para intentar completar la mayoría de los datos sin tener que recurrir a las historias de recién nacidos.

Hubo elementos, como el tiempo de expulsión, con una descripción incompleta en la mayoría de las historias de las pacientes, pues no se registra la entrada y la primera exploración no coincidía en tiempo con la llegada de la paciente a paritorio. Se encuentran discrepancias entre la nota de traslado de enfermería de la planta de maternidad con el inicio del partograma, por lo que se notifica e inician las mejoras para una mejor descripción.

En cuanto a la descripción del pH de cordón del recién nacido, no era un dato obligatorio en el formulario de partograma, por lo que no pudo analizarse y extraerse conclusiones para ambos grupos, a pesar de ser el pH el *gold standard* de valoración fetal al nacimiento.

Para la valoración de si un control es adecuado o no, en 2018 se incluye en el formulario la pestaña para anotar el número de controles prenatales, aunque aún no es obligatoria.

Todos los partos pre término que por criterio clínico o valoración pediátrica lo requieren, son trasladados a nuestro centro de primer nivel de referencia para mejorar su pronóstico, por lo que no podemos valorar la variable prematuridad en su totalidad.

Para complementar el estudio se realiza una descripción objetiva de la situación actual de las adolescentes que se vieron afectadas por una gestación no planificada. Para lo cual se realizaron consultas presenciales y contactos vía telefónica. El problema que se tuvo fue que, al tener sus partos, el 30% de las pacientes eran menores de edad, muchas no tenían los datos actualizados, no poseían el mismo número de teléfono o no disponían de saldo para devolver la llamada tras varios intentos de contacto, o simplemente no hubo forma de localizarlas en tiempo y lugar disponibles.

Aun obteniendo colaboración por parte de 147 pacientes, no todas las preguntas tuvieron respuesta. La barrera idiomática de algunas pacientes hizo imposible las consultas. Se tomó en cuenta la respuesta de algún familiar que traducía las preguntas y en otros casos acceden a acudir a la consulta acompañadas de pareja o marido. En ambos casos puede ser motivo de sesgo.

7. Conclusiones

1. Nuestro estudio evidencia que la gestación, parto y puerperio en adolescentes, en su mayoría españolas, se asocia a mayor tasa de complicaciones y complejidad a pesar de que tienen un control del embarazo satisfactorio, adecuado y completo.
2. La mayoría de las pacientes adolescentes son primigestas/primíparas inician su parto espontáneamente, tienen finalización vaginal (eutócico/instrumental), son el grupo donde se realizan más episiotomías y tienen mayor número de desgarros vaginales, durante el parto en relación al grupo control.
3. El grupo de adolescentes presenta mayor número de factores de riesgo durante la gestación, mayor número de patologías sobre agregadas, siendo en su mayoría el hipotiroidismo, son las que presentan mayor número de complicaciones durante el puerperio en su mayoría anemia en relación con el grupo control.
4. En el grupo de adolescentes se observa mayor número de recién nacidos prematuros y de bajo peso.
5. La mayoría de las pacientes adolescentes sufren más violencia de género y agresiones sexuales.
6. Dentro de la complejidad socio laboral familiar de las pacientes adolescentes, un 73,5% no utilizan método contraceptivo previo a la gestación en estudio, existe dependencia económica/familiar, abandono escolar y poca practica de lactancia materna exclusiva.

8. Reflexiones y posibles recomendaciones

Se recomienda la realización de un mapa de riesgo, proveer consultas integrales dedicadas a la salud sexual y reproductiva, no solo en las zonas más pobladas, sino en las más problemáticas en el sentido de prevalencia de consultas de mayor complejidad. Es importante asegurarnos que el grupo de adolescentes se reafirme como grupo vulnerable, ya catalogado como grupo de alto riesgo durante la gestación.

La gestación adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, de desarrollo, de progreso e inequidad. Se debe dar a conocer no solo las estadísticas, sino la estrategia que ya tienen en marcha sobre salud sexual la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)^{114 115}, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la UNESCO¹¹⁶, pues si bien es cierto en nuestra área, no es un problema de inmigración, si contribuye en cierta medida, una gran influencia cultural y barrera idiomática, quedando pendiente valorar el porcentaje de etnia gitana en el área y en la Región.

Los expertos coinciden en que el embarazo adolescente es multicausal, podemos atribuir falta de acceso a una educación sexual integral y a servicios de prevención y anticoncepción, en algunas partes del mundo, pero estando en España, esto debe ser inconcebible¹¹⁷.

Los factores culturales, de la comunidad y/o religiosos no deben prevalecer sobre la información y la educación como la única herramienta para erradicar problemas de salud que lleven sin desearlo a aumentar morbilidad materno fetal¹⁰⁴.

Como recomendaciones, a nivel hospitalario, algunas de las pacientes mencionan los problemas ya conocidos y descritos en múltiples ocasiones (ver anexo A7); se quejan de horarios limitados, de dificultad en obtener visitas, actitudes displicentes de algunos trabajadores, poca ayuda y falta de información por no creerlo conveniente, sumados a los descritos en el informe de la SEGO⁵, como son las dificultades de transporte y mejorar la accesibilidad para adolescentes entre 16 y 18 años.

Incluir la obligatoriedad de rellenado de las pestañas de aquellos factores que son determinantes de riesgo y que incrementan la morbilidad en el aplicativo SELENE para mejorar el seguimiento de las pacientes, no solo para la realización de índices de calidad y estudios, sino para dar seguimiento a las pacientes con partos que han presentado eventos *near miss* materno. Incorporar pestaña obligatoria el pH de cordón del recién nacido en las historias maternas.

Mayor difusión y comunicación del PIAM⁶⁶ a todos los niveles, integrando el nivel hospitalario, para que puedan realizar recomendaciones, no solo de lactancia, sino también de planificación familiar desde el alta de las pacientes. Reforzar el enlace inter áreas con médicos de atención primaria, matronas, pediatras, trabajadores sociales y el área de psicología, para que mejore el acceso, principalmente, a poblaciones vulnerables y evitar gestaciones no deseadas e IVEs¹³.

Se han descrito las distintas visiones, porque las adolescentes llegan casi a término, sin entender muy bien la situación o, peor aún, sin quererla. Todo ello

sumado a la desinformación o sobreinformación (por toda la tecnología mal dirigida a la que pueda acceder), desconocimiento y/o ignorancia de factores de riesgo, no comunicar síntomas graves por no considerarlos importantes, sumado a dificultades económicas y dependencia de decisiones de sus progenitores, hasta para acudir a la consulta¹¹⁸.

Desde el punto de vista del profesional, se describen los miedos, el bajo nivel de estudios de las pacientes, limitación de horarios por los padres para acudir a las consultas, problemas sociales, familiares y/o de los progenitores, de la pareja (si es que la paciente cuenta con el apoyo de esta).

A nivel hospitalario con seguimiento en atención primaria hay que asegurar las revisiones tras parto con cita en 4-6 meses con el ginecólogo y, puntualmente, en las gestaciones adolescentes, mejorar aspectos ambientales y de carencias en alimentación, para evitar complicaciones como la anemia, estados hipertensivos del embarazo, CIR y partos pretérmino en embarazos posteriores^{5 119}.

A nivel de atención primaria, información a todos los niveles del personal sanitario en cuanto a coberturas y facilitar el acceso a todas las pacientes que soliciten un método de planificación familiar, que es costo beneficioso para el sistema mejorar el acceso a este nivel y no para la gestación y solicitud de IVE con mayor facilidad. Ya que conocemos por ley que la atención del embarazo, parto y puerperio es obligatoria, así como las menores de 18 años, también hay que velar por coordinarnos con trabajo social y centros de ayuda para que al menos las personas inmigrantes y en situaciones de riesgo y/o vulnerables, puedan tener acceso a la planificación familiar¹²⁰.

Debemos insistir en la revisión en la consulta con la matrona (ya existente), valorar la planificación familiar, revisiones con médico de atención primaria para revisión de esquemas de vacunación¹²¹ y de seguimiento a las patologías médicas sobre agregadas diagnosticadas durante la gestación.

Asegurarnos en obtener en la Región la equidad en cuanto a los métodos contraceptivos y métodos LARC^{80 115}.

Intentar que las UGAs se conviertan en consultas de salud sexual y reproductiva, que mejore el acceso, cobertura y comunicación inter especialidades.

Apoyarnos en el CREM, el INJUVE y la SEC para conocer, difundir las prevalencias a nivel regional/nacional y mejorar nuestras estadísticas.

Implementar la educación objetiva en salud sexual y reproductiva a todo el que la solicite, pero brindarla con amplia cobertura no solo a los adolescentes sino también a los padres, familiares y/o tutores legales^{13 65 75}

9. Anexos

A1. Listado de preguntas socio-demográficas

Los datos socio-demográficos se obtienen de entrevistas telefónicas realizadas a las pacientes, para completar el siguiente formulario.

A. SITUACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE

1. NÚMERO DE HISTORIA: _____
2. EDAD: _____
3. SEMANA DE INICIO DE CONTROL DE GESTACIÓN: _____
4. CONTROL DE GESTACIÓN: SI _____ NO _____
5. CON QUIÉN VIVE: _____
6. NIVEL DE ESTUDIO: _____
7. INTENTO DE IVE: SI _____ NO _____
8. METODO DE PLANIFICACION PREVIO: _____
9. FAMILIAS DESESTRUCTURADAS: SI _____ NO _____
10. TRABAJA EL PADRE: SI _____ NO _____
11. TRABAJA LA MADRE: SI _____ NO _____
12. INGESTA O HISTORIA:
 - ALCOHOL: SI _____ NO _____
 - DROGAS: SI _____ NO _____
 - TABACO: SI _____ NO _____
13. VIOLENCIA DOMÉSTICA: SI _____ NO _____
14. APOYO DE LA PAREJA: SI _____ NO _____
15. APOYO DE LOS PADRES Y/O SUEGROS: SI _____ NO _____
16. CÍRCULO DE AMIGOS ES EL MISMO: SI _____ NO _____
17. SE QUEDA SOLA: SI _____ NO _____
18. ESTUDIA: SI _____ NO _____
ACTUALMENTE: SI _____ NO _____
19. TRABAJA: SI _____ NO _____
20. DA EN ADOPCION: SI _____ NO _____

A2. Listado de preguntas sobre lactancia**B. ENCUESTA DE LACTANCIA MATERNA**

1. EXCLUSIVA: SI _____ NO _____
2. MIXTA: SI _____ NO _____
3. PROBLEMAS DE SUCCIÓN O ENGANCHE: _____
4. DURANCIÓN DE LA LACTANCIA: _____
5. MOTIVO DE SUSPENSIÓN: _____
6. APOYO DE PAREJA: SI _____ NO _____
7. DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE LOS PADRES: SI _____ NO _____
8. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO: _____
9. MASTITIS: SI _____ NO _____
10. INFECCIÓN, SUTURAS DE DESGARRO O EPISIOTOMIA:
SI _____ NO _____ DESGARRO: _____
11. ANEMIA: SI _____ NO _____

Una vez completada la recolección de datos se procede a realizar la hoja de cálculo para su posterior análisis.

A3. Documento 1 de aprobación del estudio por parte de la dirección del Área III del SMS

		
---	---	---

APROBACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN. Comité de Investigación del Área III de Salud.

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D^a Catalina Lorenzo Gabarrón, Directora Gerente del Área III de Salud de Lorca, visto el dictamen favorable del Comité de Investigación del Área III

EXPONE:

-Que conoce la propuesta realizada sobre el estudio de investigación "COMPLICACIONES DEL PARTO EN LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD, 2012-2016", estudio a realizar por D^a. KAREN LISSETTE AGUILAR DUARTE, adjunta de ginecología.

-Que acepta la realización de dicho estudio de investigación en este Centro.

Lorca, 16 de marzo del 2017

LA DIRECTORA GERENTE AREA III DE SALUD.



Fdo: D^a. CATALINA LORENZO GABARRÓN

A4. Documento 2 de aprobación del estudio por parte de la dirección del Área III del SMS



APROBACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN. Comité de Investigación del Area III de Salud.

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D^a Catalina Lorenzo Gabarrón, Directora Gerente del Área III de Salud de Lorca, visto el dictamen favorable del Comité de Investigación del Area III

EXPONE:

-Que conoce la propuesta realizada sobre el estudio de investigación "MEMORIA DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HRM", estudio a realizar por D^a. KAREN LISSETTE AGUILAR DUARTE, adjunta de ginecología.

-Que acepta la realización de dicho estudio de investigación en este Centro.

Lorca, 16 de marzo del 2017

LA DIRECTORA GERENTE AREA III DE SALUD.

Fdo: D^a. CATALINA LORENZO GABARRÓN

A5. Tabla de recomendaciones para los cuidados prenatales en las embarazadas adolescentes. SEGO 2013.

Tabla 3. Recomendaciones para los cuidados prenatales en las embarazadas adolescentes								
Semanas gestación	Anamnesis		Examen físico		Pruebas complementarias			
				GR	Análítica	GR	Ecografía (y técnicas invasivas *)	GR
Visita inicial	Historia clínica + Valoración del grado de madurez + Identificación de factores de riesgo + Valoración de complicaciones posibles	-Fecha de la última menstruación -Antecedentes alérgicos, médicos, quirúrgicos, gineco-obstétricos, neurológicos y/o psiquiátricos -Antecedentes familiares de anomalías congénitas -Medicación en curso, fitoterapia u otras -Hábitos tóxicos: tabaco alcohol o drogas recreativas -Factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual y/o violencia doméstica -Exposición ambiental o laboral a tóxicos -Nivel de estudios	-General -Exploración pélvica* -TA -Talla, peso, IMC -Mamas -Altura uterina / valoración de edad gestacional -Latido fetal	C B B C	-Hemoglobina, hematocrito -Grupo sanguíneo y factor Rh, Coombs indirecto -Serologías: lues, hepatitis B y hepatitis C **, HIV, <i>Tripanosoma cruzi</i> **, rubéola -Bioquímica general con proteínas totales, -Metabolismo del hierro, fólido sérico y eritrocitario y vitamina B ₁₂ * -Test de O'Sullivan **, -Urinocultivo -Estudio urinario de rutina con tiras reactivas para proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos -Citología * -Cultivo vaginal y cervical ** -Cribado de drogas *** -Cribado bioquímico *** (<i>pregnant associated placental protein</i> : PAPP-A y fracción libre de beta-HCG entre 8-12ª SG)	A A A A A C C B [®]	1ª Ecografía (de 11 ^o a 13 ^o SG)	B [®]
A los 7-15 días de la visita inicial	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo	-Entorno socio-económico y contexto cultural -Nutrición -Relación con el congenero						
16-18ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -MF* -Latido fetal	C C B C	-Estudio urinario de rutina con tiras reactivas para proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos -Cribado bioquímico del 2º trimestre, si no se ha realizado en el 1º trimestre *** (entre 14-17ª SG)	C B [®]	Ecografía del 2º trimestre (de 18 ^o a 21 ^o SG)	A [®]
20-24ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -MF* -FCF	C C B C	-Estudio urinario de rutina con tiras reactivas para proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos	C		
26-28ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -MF* -FCF	C C B C	-Hemoglobina, hematocrito -Coombs indirecto (si madre Rh negativa) ** -Serologías ** -Test de O'Sullivan -Estudio urinario de rutina con tiras reactivas para proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos	C C		
30-32ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -MF* -FCF	C C B C	-Hemoglobina, hematocrito -Coombs indirecto (si madre Rh positiva) ** -Serología hepatitis B y VIH. -Resto serologías ** -Pruebas de coagulación -Test de O'Sullivan (de 32ª a 36ª SG) ** -Estudio urinario de rutina con tiras reactivas para proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos	C C C	Ecografía del 3º trimestre (de 32 ^o a 34 ^o SG)	
34-36ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -MF* -Posición fetal -FCF	C C B B C	-Estudio urinario de rutina con tiras reactivas para proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos -Cultivos vaginal y rectal para <i>streptococo beta-hemolítico</i> (de 35ª a 37ª SG)	C A		
38ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -Palpación abdominal -MF* -Posición fetal -FCF	C C B B A B C				
39ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -Palpación abdominal -MF* -Posición fetal -FCF	C C B B A B C	- En esta fase final del embarazo bastaría con realizar un estudio urinario de rutina con tiras reactivas para proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos (entre las semanas 38ª y 41ª)	C		
40ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -Palpación abdominal -MF* -Posición fetal -FCF	C C B B A B C				
41ª	Puesta al día + Valoración de factores de riesgo		-TA -Peso -AU -Palpación abdominal -MF* -Posición fetal -FCF	C C B B A B C				

GR = Grado de recomendación; [®] Grado de recomendación para cribado de cromosopatías; SG = Semanas de gestación; TA = Tensión arterial; IMC = índice de masa corporal; AU = Altura uterina (valoración del crecimiento fetal); MF = Movimientos fetales; FCF = Frecuencia cardíaca fetal; * si procede; ** en caso de factores de riesgo; *** según laboratorio de referencia. Bibliografía: referencias^{15, 21 y 33.}

A6. Manifiesto de la SEC 2018

Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2018

“Adolescente: es tu vida, es nuestro futuro”

El alarmante incremento de las enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, sida, clamidia, VIH...), la persistencia de las mismas tasas de IVE en las menores de 19 años con una tasa del 8,97 por cada mil mujeres en 2016 (9,38 en 2015 y 9,92 en 2014), así como la desigualdad en el acceso a una contracepción eficaz según el lugar de residencia son razones suficientes para que en el *Día Mundial de la Anticoncepción*, la Fundación Española de Contracepción reivindique este año un mayor acceso de los adolescentes a la educación en salud sexual y reproductiva y a los anticonceptivos más eficaces.

La *Organización Mundial de la Salud* considera la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.

El *Comité de los Derechos del Niño* (CRC, por sus siglas en inglés) de la ONU ha analizado frecuentemente la necesidad del acceso a la educación sexual, y ha solicitado a los Estados Parte, entre los que figura España, que adopten medidas para proveer información, educación y servicios de planificación familiar y salud reproductiva para jóvenes. Este comité ha expresado recientemente su inquietud por aquellos países los que la educación sobre salud reproductiva no forma parte del plan oficial de la educación primaria y secundaria y por ello les recomienda impartir y dar formación al respecto.

En 2018 nadie discute el derecho del niño y la niña a la información sobre salud sexual y reproductiva. Además, el CRC alienta a los estados a ofrecer capacitación a los profesores y a otros profesionales de la educación sobre instrucción en educación sexual y expresa su preocupación por el hecho de que los responsables no la fomenten. Critica, a la vez, las barreras a la educación sexual, limitando así el acceso de los adolescentes a la información, y los obstáculos a la prevención y atención.

España cuenta con la Ley Orgánica 2/2010 (3 de marzo) de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que en su capítulo I artículo 5 se marca como objetivo que los poderes garanticen tanto la información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo, como el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva y eliminando toda forma de discriminación.

Por todo ello, teniendo en cuenta nuestra realidad social (aumento de las ITS, persistencia de los embarazos en adolescentes) y los riesgos sanitarios y afectivos que amenazan a los más jóvenes, la Fundación Española de Contracepción exige el cumplimiento estricto, urgente y obligatorio de la legislación en materia de acceso igualitario a la información y la atención de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva. Demanda, a la vez, el compromiso efectivo y necesario de la educación sanitaria integral y desde la perspectiva de género y la información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no buscados.

Sorprende que en la era de la información (páginas web, whatsapp, facebook, twitter, instagram, youtube, linkedIn...) se aluda a la desinformación de los adolescentes en salud sexual y reproductiva, una evidencia que certifican los más recientes datos y encuestas.

Sólo una educación en materia de salud sexual transversal y progresiva, una sociedad que viva en igualdad y garantice el acceso a la contracepción eficaz hará que nuestros adolescentes puedan vivir su vida con salud y prepararse para un prometedor futuro. SU FUTURO ES NUESTRO FUTURO. Mejorar la vida de los adolescentes es apostar por mejorar nuestra sociedad.

Fundación Española de Contracepción
Madrid, 28 de septiembre de 2018

A7. Algunos de los comentarios de las adolescentes que respondieron

Pues que piensen mejor en tema de estudios, y prevenir el embarazo y pensar lo mejor antes de actuar sin nada que evitarlo.

Durante mi embarazo:
Me encuentro en una etapa desconocida pero maduro mucho y muy deprimida.

- Recomendaría utilizar protección para mantener relaciones sexuales, y en cuanto a los médicos no deberían de reclamarles el porqué hacen cosas de mayores sino dárles (ayer) apoyo emocional y psicológico, para que puedan llevar una mejor vida junto a sus hijos.

Estudia para llegar a ser alguien en la vida y para dar un buen futuro a los hijos no apresurarse que la vida es larga y para todo hay tiempo.

Más información sobre métodos anticonceptivos
sin ~~que~~ la necesidad de autorización de los
padres.

Me hubiera gustado que mi madre me escuchara y me aconsejara
y sobretodo confiara.

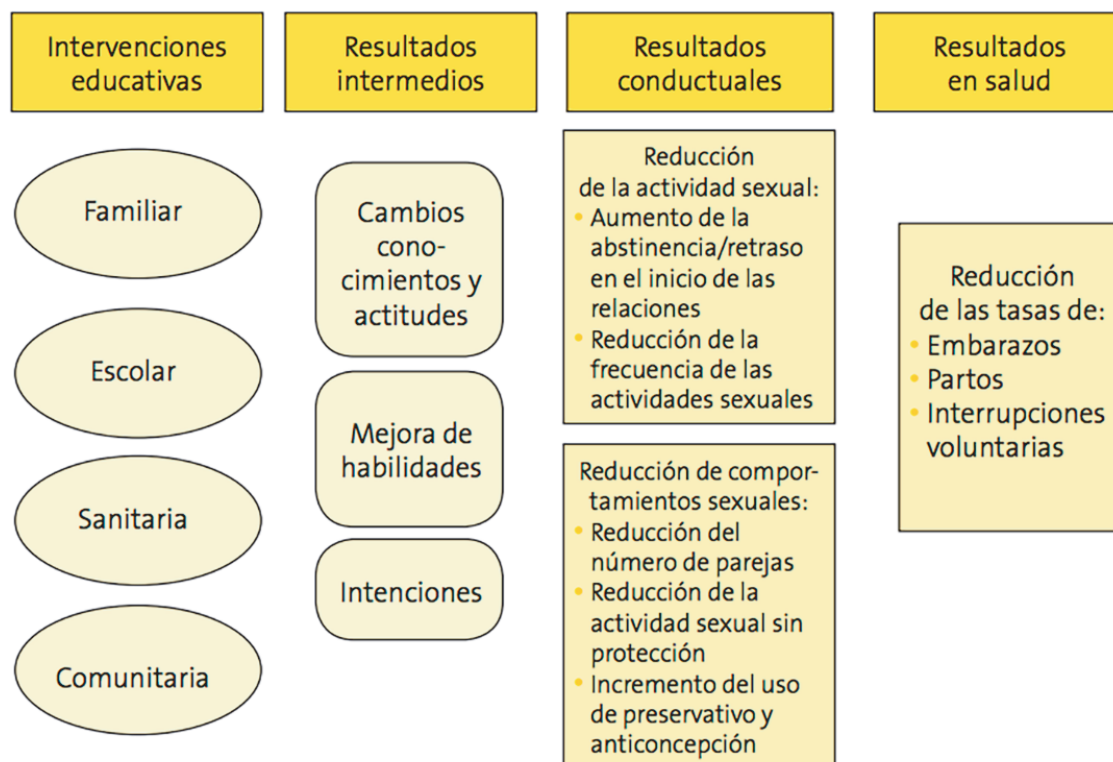
y se da de hoy cambian que en ese momento no haberme
apresurado tanto y no confiarme tanto y exigirme a mi pareja
que si yo no me cuidaba que lo hiciera el, que
hay tiempo para todo.

AL PRINCIPIO DE DAR A LUZ, EN LOS PRIMEROS MESES
SENTÍA QUE YA NO IBA A PODER SEGUIR CON MI
VIDA ~~ASÍ~~ COMO NORMALMENTE, PERO ME DI CUENTA
DE QUE SÍ PODÍA.

AÚN SABRIENDO POR TODO LO QUE TENÍA QUE PASAR
LA VOLVERÍA A TENER.

Desde mi punto de vista, es muy complicado ser
madre a cualquier edad pero si no tienes
nada planificado en tu vida, estudios etc. es mejor
cuidarse para prevenir cualquier embarazo
ya que no solo te puede cambiar la vida a ti, si
no también a la gente que te ayuda (familiares,
padres, amigos...)

A8. Marco analítico de los efectos de la intervención educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia



Fuente: Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia 122

10. Bibliografía

- ¹ Enciclopedia iNatal [Internet]. España: iNatal. [actualizado 28 oct. 2019; citado nov. 2019]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/C.html?start=15>
- ² Pellicer A, Hidalgo JJ, Perales A, Díaz C. Obstetricia y Ginecología: Guía de actuación. 1ª Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. 2013.
- ³ Puertos A, Herruzo A, Montoya F. Dirección médica del parto. 3ª Ed. Gami. 2017.
- ⁴ OMS (Organización Mundial de la Salud). Embarazo en la adolescencia [Internet]. [actualizado 23 feb. 2018; citado nov. 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- ⁵ GAP SEGO. Embarazo en la adolescencia [Internet] [act. Feb. 2013; citado nov. 2019]. Disponible en: sego.es/guias_de_asistencia_practica#perinatal.
- ⁶ UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades [Internet]. Ed. UNICEF. 2011. [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_57468.html#
- ⁷ Silva I. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Instituto de la Juventud [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno_completo.pdf
- ⁸ Cabero L. Tratado de ginecología y obstetricia. 2ª Ed. Madrid. Médica Panamericana, D.L., 2012.
- ⁹ Aguilar K, Iniesta E, López C, López P, Moreno MB, Ortiz E, et al. Actualización en temas ginecológico-obstétricos en el Área III del SMS 2017. 1ª Ed. Murcia: Diego Marín; 2018.
- ¹⁰ Lesiones perinatales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.[Internet] [actualización mar. 2018; citado nov. 2019] Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9trico.pdf>
- ¹¹ Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. Ed. SEGO. 2007
- ¹² Gairín J, Mercader C. Usos y abusos de las TIC en adolescentes. Rev de Investigación Educativa. 2018;36(1):125-140 [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: <https://revistas.um.es/rie/article/view/284001/221561>
- ¹³ BOE. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (publicada en BOE núm. 55, 4 de marzo 2010 y con entrada en vigor el 5 de junio 2010). [actualizado: 22 sep. 2015; citado nov. 2019] Disponible: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
- ¹⁴ INE (Instituto Nacional de Estadística). Indicadores demográficos básicos. Madrid, junio 2019. Disponible en: https://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf
- ¹⁵ GAP SEGO. Puerperio normal y patológico [Internet] [act. Sep. 2008; citado nov. 2019]. Disponible en: sego.es/guias_de_asistencia_practica#perinatal.
- ¹⁶ López C, Aguilar K, Silva Y. Cap. 10 Mastitis en Aguilar K, Albarracín JL, Alonso J, Aroca ML, Barragán R, Costa M et al. Patología Mamaria. 1ª Ed. Editorial Círculo Rojo, Almería; 2018.
- ¹⁷ Real Decreto-ley 33/1978, de 16 de noviembre [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/11/17/pdfs/A26150-26150.pdf>

- ¹⁸ Sánchez R, Aibar L, Hurtado F, Puertas A. ¿Es el PH el “gold standard”? Curso de Actualización HUVN 2014 (Hospital Universitario Virgen de las Nieves) [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: <https://docplayer.es/17570318-Es-el-ph-el-gold-standard.html>
- ¹⁹ González-Merlo J, Laila JM, Fabre E, González E. Obstetricia. 5ª Ed. Masson. Barcelona, 2006.
- ²⁰ Álvarez C, Pastor G, Linares M, Serrano J, Rodríguez L. Motivaciones para el embarazo adolescente [Internet] Gac Sanit. 2012;26(6):p497-503 [citado dic. 2019] Disponible en: [dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.013](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.013)
- ²¹ Baratta A. 1c. El niño como sujeto de derechos y participante en el proceso democrático [Internet] en Gonzalez M, Vargas E. Derechos de la niñez y la adolescencia. Antología. CONAMAJ. Escuela Judicial. UNICEF. Costa Rica. 2001. p:47-58 [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Antologia_derechos_NNA_Escuela_Judicial.pdf
- ²² Izco E. Tema 2: Los adolescentes como personas en Los adolescentes en la planificación de medios. Segmentación y conocimiento del target [Internet]. Instituto de la Juventud. 2007. p:67-144 [citado nov. 2019] Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2%20-%20los%20adolescentes%20como%20personas.pdf>
- ²³ Norma O, Herly R. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería [Internet]. Rev Colombiana de Enfermería. 2012;7:151-160 [citado nov. 2019] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4069201.pdf>
- ²⁴ Population City. 2015 [Internet] [citado nov 2019]. Disponible en: <http://poblacion.population.city/world/>
- ²⁵ Llano JC. El estado de la pobreza 2007-2018 [Internet] European Anti Poverty Network España (EAPN España). [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2018.pdf
- ²⁶ BOE. Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria [act. Jul. 2015; citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/02/15>
- ²⁷ Constitución Española de 1978. Título I. De los derechos y deberes fundamentales [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=10&fin=55&tipo=2>
- ²⁸ BOE. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- ²⁹ Barranco E. Cap. 17. Salud y relaciones afectivas y sexuales adolescentes. En: Lete I, Ros R, de Pablo JL, Buil C, editors. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. 1ªed. Zaragoza; 2001, p. 623-57. [citado nov. 2019] Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
- ³⁰ Benedicto J, Echaves A, Jurado T, Ramos M, Tejerina B. Informe Juventud en España 2016 [Internet]. Ed. Instituto de la Juventud. 2016. [citado nov. 2019] Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>

- ³¹ Comas D, Funes MJ, López A, Moreno A, Parella S, Gil G. Informe Juventud en España 2008 [Internet]. Ed. Instituto de la Juventud. 2008. [citado nov. 2019] Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9314-04.pdf>
- ³² BOE. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo [Internet] [citado dic. 2019] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-24172>
- ³³ Carrera JM. Cap. 2 La salud en la mujer inmigrante en SEGO Mujer inmigrante y asistencia sanitaria (MIAS) 2010.
- ³⁴ Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3 [Internet]. Art. No.: CD004905. [citado dic. 2019] Disponible en: <https://bit.ly/35On23J>
- ³⁵ Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Situación de la salud sexual y reproductiva [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
- ³⁶ UAM Xochimilco (Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco). Participación adolescente en la secundaria: explorando lo deseable, lo potencial y lo permisible [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v27n74/v27n74a3.pdf>
- ³⁷ Boletín Epidemiológico de Murcia (BEM). Enfermedades de Declaración Obligatoria [Internet]. Región de Murcia 2015. Bol Epidemiol Murcia [citado nov. 2019]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/367363-bem_Julio_2016.pdf
- ³⁸ Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2018 [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf
- ³⁹ Rodríguez Molinero L. Taller de habilidades en comunicación con adolescentes. XXI Congreso Nacional de Medicina de la Adolescencia. 9 y 10 de marzo de 2012. Santiago de Compostela [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/6A_%20Taller%20Habilidades%20en%20comunicaci%20%B2n%20con%20adolescentes.doc
- ⁴⁰ Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos Estadísticos [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm
- ⁴¹ Observatorio de la Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España 2016 [Internet] [actualizado agosto 2016; citado nov. 2019]. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/observatorio/>
- ⁴² Observatorio de la Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. Encuesta de Anticoncepción en España 2018 [Internet] [actualizado agosto 2018; citado nov. 2019]. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/observatorio/>
- ⁴³ Parera N, López S, Llopis A. Habilidades para la comunicación con adolescentes. SEC. 2012
- ⁴⁴ Cap 15. Anticoncepción en la Adolescencia. Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. p:143-52. Ed. SEGO. Madrid, enero 2003.

- ⁴⁵ Abellán-García F, Doval JL, Espinaco MJ, González R, González C, Martín C, et al. Think Tank Salud de la Mujer. El paradigma de la Contracepción 2016. [Internet] Cátedra Extraordinaria de Salud, crecimiento y sostenibilidad. MSD y UIMP. 2016. [citado dic. 2019] Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/SEPARATA-105.-El-paradigma-en-contracepcion-final_at_v2-16pag-OK.pdf
- ⁴⁶ Lete I, de Pablo JL, Martínez C, Parrilla JJ. Cap. 26. Embarazo en la adolescencia [Internet]. En: Lete I, Ros R, de Pablo JL, Buil C, editors. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. 1ªed. Zaragoza; 2001, p. 817-35. [citado nov. 2019] Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
- ⁴⁷ UNFPA. Estado de la Población Mundial 2019 [Internet] [citado dic. 2019] Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
- ⁴⁸ UpToDate. Management of normal labor and delivery [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?search=management%20of%20normal%20labor%20and%20delivery&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- ⁴⁹ Espina de Pescado. Grupo de Investigación Minerva. Universidad Cooperativa de Colombia. [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: minervamaestria.blogspot.com.es/2011/04/espina-de-pescado.html
- ⁵⁰ Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD004534. [citado dic. 2019] Disponible: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004534.pub3/epdf/full>
- ⁵¹ Martínez X. Embarazos adolescentes y hombres ausentes [Internet] El Periódico [act. feb. 2018; citado dic. 2019] Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20180224/embarazos-adolescentes-y-hombres-ausentes-6646657>
- ⁵² OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 [Internet] [citado dic. 2019] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf;jsessionid=175913C4D48551AF3B83B033D04F73CC?sequence=1
- ⁵³ OMS. Mortalidad materna [Internet] [actualizado sep. 2019; citado nov. 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ⁵⁴ Banco Mundial. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) para 2017 [Internet]. [citado nov. 2019] Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>
- ⁵⁵ INE (Instituto Nacional de Estadística). Nacimientos en 2018 [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- ⁵⁶ Murciasalud. Gerencias de áreas de salud [Internet] [citado nov 2019] Disponible en: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=46>
- ⁵⁷ UpToDate. Initiation of breastfeeding. [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding?search=initiation%20of%20breastfeeding&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

- ⁵⁸ UpToDate. Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-physiology-complications-and-maternal-care?search=OVERVIEW%20OF%20POSTPARTUM%20CARE&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- ⁵⁹ López Vázquez C, Aroca M, García M, Belastegui K. Cap. 4 Fisiología de la glándula mamaria: lactancia en Aguilar K, Albarracín JL, Alonso J, Aroca ML, Barragán R, Costa M et al. Patología Mamaria. 1ª Ed. Editorial Circulo Rojo, Almería; 2018.
- ⁶⁰ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento [Internet]. 2016. [citado nov. 2019] Disponible en: http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2016/SIAE_2016_INFORME_ANUAL.pdf
- ⁶¹ Aguilar K. El implante subcutáneo como método contraceptivo. 1ª Ed. Murcia: Diego Marín; 2017
- ⁶² Murcia Salud. Área de Salud III (Lorca) [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=3&idsec=410
- ⁶³ Escudero A. Factores que influyen en la prolongación de una situación de maltrato a la mujer: un análisis cualitativo. Tesis doctoral [Internet] [citado dic. 2019] Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/156/22452_escudero_nafs_antonio.pdf?sequence=1
- ⁶⁴ CREM (Centro Nacional de Estadística de Murcia) [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_nacimientos/Indice4.html
- ⁶⁵ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- ⁶⁶ Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención a la Mujer (PIAM) [Internet]. 1ª ed. Murcia: SMS; 2012. [citado nov. 2019]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/266164-PIAM_2012.pdf
- ⁶⁷ BORM. Instrucción n.º 4/2014, de 31 de julio, del Director Gerente del SMS, sobre la prestación de asistencia sanitaria en los centros del SMS, a los extranjeros que se encuentren en las situaciones especiales recogidas en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet] de 3 de septiembre de 2014 [citado dic. 2019] Disponible en: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=126821&IDTIPO=60&RASTRO=c891\\$m5806,5808,5926](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=126821&IDTIPO=60&RASTRO=c891$m5806,5808,5926)
- ⁶⁸ Yago T, Tomás C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años [Internet]. Rev Esp Salud Pública, 2014; nº 88: 395-406 [citado nov. 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf
- ⁶⁹ Banco Mundial. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) para 2017 [Internet]. [citado nov. 2019] Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>
- ⁷⁰ Hernández AL, Gentile A. Entre muñecas y pañales. La maternidad adolescente en la España actual. Metamorfosis, [Internet], p.67-87, dic. 2016 [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://revistametamorfosis.es/index.php/metamorfosis/article/view/30>

- ⁷¹ Bojanini JF, Gómez JG. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes [Internet]. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 55, núm. 2, 2004, 114-121. [citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214306003>
- ⁷² Alonso RM, Campo A, González A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales [Internet]. Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.5-6 sep.-dic. 2005 [citado nov. 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500009
- ⁷³ Faílde JM, Lameiras M, Bimbela JL. Prácticas sexuales en chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad [Internet] Gac Sanit vol.22 no.6 Barcelona nov./dic. 2008 [citado no. 2019] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n6/original1.pdf>
- ⁷⁴ Tay F, Puell L, Neyra L, Seminario A. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas [Internet] Ginecol. Obstet. 1999; 45 (3): 179-82 [citado nov. 2019] Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/639/602>
- ⁷⁵ Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) de la AEP. La mitad de las adolescentes en estado de gestación vuelven a quedarse embarazadas en menos de dos años [Internet] [citado nov 2019] Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/20180301_npcongresosema_embarazoadolesc ente.pdf
- ⁷⁶ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. [Internet] Rev Prog Obstet Ginecol 2018;61(5):510-527 [citado nov. 2019] Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf
- ⁷⁷ SEGO. Consulta preconcepcional [Internet] [act. 2010; citado dic. 2019] Disponible en: www.sego.es
- ⁷⁸ Zamora AN, Panduro JG, Pérez JJ, Quezada NA, González J, Fajardo S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales [Internet]. Rev Med MD, 2013 volumen 4, número 4: 233-238 [citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md134e.pdf>
- ⁷⁹ Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Rev CONAMED [Internet] 2012 [citado nov 2019]. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4113966.pdf>
- ⁸⁰ OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [actualizado 7 nov 2016; citado nov. 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- ⁸¹ Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control. [Internet] Rev Per Ginecol Obstet. 2007; 53(1):28-34 [citado nov. 2019]. Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/597/pdf_51
- ⁸² MSSSI. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016 [Internet] [citado dic. 2019] Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf

- ⁸³ Workowski K, Bolan G. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. CDC [internet] June 5, 2015 / 64(RR3);1-137 [citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
- ⁸⁴ Rivas C, Tallac I, Etchenique A. Colonización vaginorrectal por Streptococcus del grupo B en mujeres embarazadas, entre las 35 a 37 semanas de gestación. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2006, vol.22, n.3, pp.191-196. ISSN 1688-0390 [citado nov. 2019] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300005
- ⁸⁵ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adoption of hospital policies for prevention of perinatal group B streptococcal disease-United States, 1997 [Internet]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47(32): 665-70. [citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054375.htm>
- ⁸⁶ Hospital Clinic- Hospital Sant Joan De Deu. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/manejo%20de%20la%20paciente%20con%20riesgo%20de%20parto%20prematuro.pdf>
- ⁸⁷ Martínez Galiano JM, Manual de asistencia al parto [internet] Ed. Elsevier. 2014 [citado nov. 2019]. Disponible en: https://www.elsevier.com/books/manual-de-asistencia-al-parto-acceso-online/martinez-galiano/978-84-9022-016-0?start_rank=9861&producttype=books&sortby=sortByDateDesc
- ⁸⁸ Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres J, Huamán R. Características y riesgos de gestantes adolescentes [Internet]. Rev Per Ginecol Obstet. vol.62 no.1 Lima ene./mar. 2016 [citado nov. 2019] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v62n1/a02v62n1.pdf>
- ⁸⁹ INSS. Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/e91e61c5-7559-4ce9-9440-a4bfe80e1df2/RIESGO+EMBARAZO_on-line.pdf?MOD=AJPERES&CVID
- ⁹⁰ Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E, y Zamarriego J. Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid. 1ª ed. Médica Panamericana. 2007.
- ⁹¹ Ximenes Neto FRG, Marques MS, Rocha J. Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación [Internet]. Rev Enfermería Global, nº12 feb 2008 [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/832/2881/>
- ⁹² Fabre González E. Asistencia a las complicaciones médicas y quirúrgicas en el embarazo - Tomo II. Madrid. 1ª ed. Adalia. 2010.
- ⁹³ Cap. Ic Patología: Abdomen agudo en Cabero L, Sánchez MA. Protocolos de Medicina materno-fetal (Perinatología). 4ª Ed. Ergon, Madrid, 2014. p:83.
- ⁹⁴ Mayo Clinic. Coleocistitis [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cholecystitis/symptoms-causes/syc-20364867>
- ⁹⁵ Hernández JA, Gayosso O. Cap. 35 Asma y embarazo en Alfaro HJ, Cejudo E, Fiorelli S. Complicaciones Médicas en el Embarazo. 2ª ed. Mc Graw Hill. México. 2005. p: 285-96.
- ⁹⁶ Oliva B. Cap. 17 Hipotiroidismo en el embarazo en Alfaro HJ, Cejudo E, Fiorelli S. Complicaciones Médicas en el Embarazo. 2ª ed. Mc Graw Hill. México. 2005. p: 132-40.

- ⁹⁷ Fiorelli S, Cejudo E, Smith AO. Cap. 19 Diabetes mellitus en el embarazo en Alfaro HJ, Cejudo E, Fiorelli S. *Complicaciones Médicas en el Embarazo*. 2ª ed. Mc Graw Hill. México. 2005. p: 149-67.
- ⁹⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Preeclampsia and Hypertension in Pregnancy: Resource Overview [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: <https://www.acog.org/Womens-Health/Preeclampsia-and-Hypertension-in-Pregnancy?IsMobileSet=false>
- ⁹⁹ Ucieda R, Carrasco S, Herraiz M, Herraiz I, Cap. 12 Infección Urinaria en Fabre E, Melchor JC, González de Agüero R. *Asistencia a las complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo*. Ed. Adalia, Madrid, 2007. p: 191-208.
- ¹⁰⁰ Cabero L, Saldívar D. *Hemorragias Obstétricas*. Ed. Ergon. Madrid. 2013.
- ¹⁰¹ Berghella V. UpToDate. Management of the third stage of labor: drug therapy to minimize hemorrhage [Internet] [citado nov 2019] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-the-third-stage-of-labor-drug-therapy-to-minimize-hemorrhage?search=pharmacologic%20management%20of%20the%20third%20stage%20of%20labor&source=search_result&selectedTitle=1~16&usage_type=default&display_rank=1
- ¹⁰² Belfort M. UpToDate. Overview of postpartum hemorrhage [Internet] [citado nov 2019] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=overview%20of%20postpartum%20hemorrhage&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- ¹⁰³ Zamora-Lares AN, Panduro-Barón JG, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA, González-Moreno J, Fajardo-Deñás S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales [Internet]. *Rev Médica MD*. 2013;4(4):233-38. [citado nov. 2019] Disponible en: <https://es.calameo.com/read/004328866359dd9b05e20>
- ¹⁰⁴ OMS. Mortalidad materna [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ¹⁰⁵ Comunidad Artieda A. Infecciones de transmisión sexual en el adolescente, lo que el pediatra de Primaria debe saber [Internet] en AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2018*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 201-207. [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207_infecciones_transmision_sexual.pdf
- ¹⁰⁶ García J, Pérez E, Perpiñá J. Cap. 15. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención [Internet] en Lete I, Ros R, de Pablo JL, Buil C, editors. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. 1ªed. Zaragoza; 2001, p. 539-77. [citado nov. 2019] Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf
- ¹⁰⁷ Murciasalud. Calendario Vacunal [Internet] [actualizado 2019; citado dic. 2019] Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=399382&idsec=824>
- ¹⁰⁸ BOE. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [act. ago. 2018; citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

- ¹⁰⁹ OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?ua=1&ua=1
- ¹¹⁰ Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería [Internet]. Rev Col Enferm. vol 7, año 7 p:151-60 [citado nov. 2019] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4069201.pdf>
- ¹¹¹ Levy S. Manuales MSD: Drogas y uso de sustancias en adolescentes [Internet] [act. ene. 2017; citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/los-problemas-en-la-adolescencia/drogas-y-uso-de-sustancias-en-adolescentes>
- ¹¹² Castellano G. SEMA. El adolescente y las drogas ilegales [Internet] [act. jul. 2015; citado nov. 2019] Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/el-adolescente-y-las-drogas-ilegales/>
- ¹¹³ Prendes MC, Vivanco M, Gutiérrez RM, Guibert W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. [Internet] Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):397-402 [citado nov. 2019] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi09499.pdf>
- ¹¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes [Internet]. 1ª ed. Washington, D.C; 2010 [citado nov. 2019] Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- ¹¹⁵ Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet], tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use , 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. [citado nov. 2019] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=60A74E480490C74632950A3FFE9CA60F?sequence=1>
- ¹¹⁶ UNESCO. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. 2010 [Internet] [citado nov. 2019]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281_spa
- ¹¹⁷ Grupo Proceso de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. Vía Clínica de Atención al Parto Normal. Subdirección General de Calidad Asistencial-Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social, 2013.
- ¹¹⁸ Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen de las Nieves. Planta de púerperas: ¿se acaba la patología y los problemas después del parto? [Internet] Disponible en: <https://studylib.es/doc/8514393/planta-de-puerperas---hospital-universitario-virgen-de-la...>
- ¹¹⁹ ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. Obstet Gynecol. 2012-,119(6):1308.17.
- ¹²⁰ Espín MI, Cervantes A. Programa de Atención al Niño y al Adolescente [Internet]. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. p.184-205 [citado nov. 2019] Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/109845-109845-guia_pediatras_todo.pdf
- ¹²¹ Bengoa M, Onis E, Alfayate S. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Vacunación en el embarazo [Internet] [citado nov. 2019] Disponible en:

https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/vacunacion_en_el_embarazo_def.pdf

¹²² Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia [Internet]. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15:261-9 [citado nov. 2019] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n59/grupo_previnfad.pdf