



11717
80

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco-Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala"

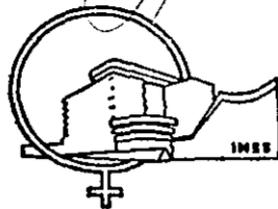
"EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO:
PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS PRIMIGESTA ADULTA"

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia
presenta

DR. ENRIQUE JOSE HERBERA FRANCO

Aesor de Tesis: Dr. Javier Santos González



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Página
* Agradecimiento	1
* Introducción	2
* Descripción de materiales, métodos y técnicas ...	7
* Objetivos	10
* Presentación y análisis de datos	11
* Conclusiones	40
* Recomendaciones	42
* Anexo (Cuestionario médico)	43
* Bibliografía	45

INTRODUCCION

El embarazo de las adolescentes ocurre en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos.

La atención obstétrica de la adolescente en países en vías de desarrollo, tienen especial interés por la frecuencia con que se inicia a temprana edad la reproducción.

Actualmente, en México más del 20% de la población general son adolescentes, por lo que el estudio de la gestación y su desenlace en este sector es muy importante y ha atraído dramáticamente la atención a esta porción de la Sociedad (4).

Los factores que anteceden en la ocurrencia del embarazo en la adolescencia son complejos y constituyen uno de los problemas de la sociedad contemporánea, pues entrañan mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social. El momento de la menarquia parece relacionarse con el peso corporal y con otros aspectos de orden nutricional y no es raro que el embarazo ocurra en muchachas con estado nutricional deficitario. La revisión de la literatura relacionada a las complicaciones del embarazo en la adolescente muestran resultados consistentemente pobres particularmente para aque-

llas por abajo de 15 años de edad.

A pesar de todo no es posible fijar una edad óptima para que la mujer se inicie en los procesos de la reproducción ya que el resultado favorable o desfavorable dependen de factores biológicos, sociales, económicos, culturales y algunos más (14).

Por esto y otras razones, se considera que el embarazo y el parto en la adolescente y el reconocimiento de la naturaleza de alto riesgo del embarazo en la adolescencia ha sido de desarrollo relativamente reciente.

Datos de países europeos como Yugoslavia, Hungría, Rumanía, Checoslovaquia, Polonia y el Este de Austria, reportan una incidencia general del 40 por ciento de embarazos en adolescentes con límite de edad en 18 años y enfatizan el hecho de que cuando las adolescentes se agrupan por edades aparecen diferencias marcadas en la incidencia de prematuridad (7).

En estudios efectuados en los Estados Unidos se ha visto que en 10 años el incremento de embarazos en pacientes jóvenes ha sido del 300%; lo mismo sucede en Europa Occidental, y sin lugar a dudas está presente en Latinoamérica, quizás con más fuerza (3).

Por otra parte, el embarazo en esta etapa de la vida se ha considerado que lleva consigo mayores riesgos tanto para la futura madre como para el producto de la gestación, ya que se ha reportado una mayor incidencia de toxemia, prematuridad, enfermedades infecciosas durante la gestación, distócias, trabajos de parto prolongados, sufrimiento fetal, sangrados post-partos, traumatismo sobre el canal blando del parto, malformaciones congénitas, etc.; es decir una mayor morbilidad fetal, lo que automáticamente condiciona que la gestación en estas jóvenes deba considerarse como un embarazo de alto riesgo.

Como el crecimiento rápido de la adolescencia continúa unos tres años después de la menarca, el embarazo en esta época tiene que entablar una competencia con las necesidades de crecimiento de la gestante.

Según el diccionario de Ciencias Médicas, la palabra "adolescencia" significa "época que sigue a la infancia y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el individuo ha adquirido toda su madurez psicofísica".

Así por ejemplo no hay acuerdo unánime en cuanto a la edad para considerarlas como adolescentes. Algunos autores marcan como límite superior los 17 años, en nuestro

medio 18 años se señala como edad límite en algunos reportes (2, 21).

Por otro lado, tenemos a la paciente también primigesta, pero ya no a la adolescente, sino a la paciente adulta, aquella que ha completado su desarrollo tanto físico como psíquico.

De esta manera tenemos que la edad de la paciente juega un papel importante en el establecimiento de un problema médico. Esto es cierto en la Obstetricia y en otras ramas de la medicina. Hay diferencias, tanto maternas como fetales, entre el embarazo de una mujer en la tercera década y aquellas mujeres muy jóvenes o en pacientes sobre los 35 años (10).

El Diccionario terminológico de Ciencias Médicas define la palabra "primigesta o primigrávida" como (del latín Primus: primero, y gravida: gestante), mujer embarazada por primera vez.

En relación a la edad de la madre primigesta tiene una importancia fundamental, pues si bien es cierto que las pacientes adolescentes presentan una serie de complicaciones descritas anteriormente y confirmadas por diferentes autores, tenemos que las embarazadas primigestas de edad avanzada

presentan una mortalidad perinatal casi dos veces mayor en las mujeres que esperan hasta la edad de 35 años o más para concebir.

Se denomina habitualmente "primigrávida mayor o añosa" a la mujer que tiene su primera gestación a la edad de 35 años o más (8).

En este grupo de edad son frecuentes la enfermedad cardiovascular hipertensiva y otras enfermedades degenerativas. Un tratamiento obstétrico experto es muy útil para el cuidado de estas complicaciones, pero los datos estadísticos demuestran que en nulíparas mayores, a pesar de un tratamiento excelente, hay una mortalidad perinatal más de tres veces la cifra para primigrávidas con menos de 30 años de edad (Davis y Seski).

El presente trabajo de tesis tratará de analizar por medio de un estudio serio y real, las diferencias sobre la evolución y resolución del evento obstétrico de las primigestas en diferentes etapas de la vida, según su edad, pero tomando como grupo principal de comparación a las adolescentes, por ser posiblemente el de mayor riesgo.

DESCRIPCION DE MATERIALES,
METODOS Y TECNICAS

En el presente trabajo se realizó un estudio global de la paciente primigesta. Es decir, se tomaron en cuenta la evolución del embarazo y la resolución del mismo, con todas las variantes y características que puedan acontecer a los diferentes grupos de edades de pacientes que estén cursando su primer embarazo.

El estudio incluyó a todas las mujeres vistas en el Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, teniendo como común denominador, que fuera "su primera gesta o grávida".

La población total de pacientes primigestas se dividieron básicamente en 2 grupos. El primero englobando a todas las adolescentes. El segundo grupo de pacientes estuvo constituido por las primigestas con más de 19 años; o sea las primigestas adultas.

Ha habido mucha discrepancia en cuanto a la edad para considerar a una mujer como adolescente. Por lo regular los estudios realizados consideran a la paciente adolescente hasta los 17, 18 ó 19 años como el límite superior.

El análisis estadístico de estos grupos de edades muestran diferencias significativas si se incluyen a jóvenes de 18 y 19 años, sobre todo por lo que se refiere a índices de prematuridad y morbilidad perinatal (10).

En los Estados Unidos por lo general, la edad tomada como límite para la mayoría de los estudios es de 17 años; pero hay que tomar en cuenta las características del desarrollo orgánico de la paciente en países en vías de desarrollo, y sobre todo que el tipo de pacientes estudiado fue mayormente de clase media y baja.

Ante esto, tomamos los 18 años de edad como el límite superior para incluir a las pacientes adolescentes en este estudio.

Las embarazadas primigestas tratadas, con más de 19 años se agruparon en diferentes edades: 19-24; 25-29; 30-34; y 35 o más años.

Las pacientes se capturaron a su ingreso por Sala de Admisión del Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala", y sus datos fueron recopilados en una encuesta confeccionada especialmente para el estudio. Dichos datos se obtuvieron al ingreso de la paciente puérpara en piso.

Por tal motivo, el estudio fue realizado de una manera prospectiva; y el tiempo que abarcó el mismo fué de 4 meses (desde el 1º de Julio hasta el 31 de Octubre de 1987).

Durante estos cuatro meses ingresaron por Sala de Admisión un total de 1127 pacientes primigestas en diferentes etapas de embarazo, pero fueron desechados 127 casos por estar sus expedientes incompletos principalmente debidos a falta de llenado sobre la causa y tipo de resolución del evento obstétrico; quedándonos de esta manera con 1000 casos cuyo contenido reflejaron los datos más fidedignos y reales.

Los datos a recopilarse en las encuestas estuvieron encaminados a 2 objetivos fundamentales: la evolución y resolución del embarazo (ver hoja de encuestas). En el primero se indagaron: datos personales, antecedentes y complicaciones en la evolución del embarazo.

En el segundo se captaron: la forma de terminación del evento obstétrico, complicaciones del post parto y condiciones del producto.

La paciente de menor edad que entró en el estudio lo fué una adolescente de 13 años, y la de mayor edad fue una primigesta añosa de 43 años.

OBJETIVOS

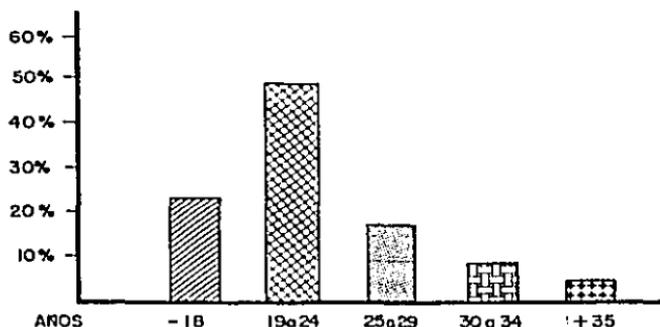
1. Establecer las principales complicaciones de la paciente primigesta, en la evolución de su embarazo.
2. Forma de terminación del evento obstétrico en todas las pacientes primigestas; y causas que determinaron su desenlace.
3. Principales complicaciones presentadas en el puerperio inmediato, mediato o tardío, considerando todos los grupos de edades.
4. Condición del producto al nacer, y factores que desencadenaron sus complicaciones.
5. Comparar la evolución y resolución obstétrica de la primigesta embarazada adolescente con la primigesta embarazada adulta.

PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

A continuación se procederá a mostrar los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

Estos resultados fueron recabados luego de un estudio e interrogatorio a 1000 pacientes primigestas de todas las edades, y están plasmados en 6 cuadros y 6 gráficas de sectores, analizadas según el propósito de cada uno de ellos. Posteriormente se desglosarán las conclusiones a que hemos llegado en esta tesis.

EMBARAZO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA. HGO-LCA 1997
PORCENTAJE DE PACIENTES POR GRUPO DE EDADES



GRAFICA No.1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDADES

-18 AÑOS	228 (22.8%)
19 A 24 AÑOS	476 (47.6%)
25 A 29 AÑOS	174 (17.4%)
30 A 34 AÑOS	86 (8.6%)
+ 35 AÑOS	36 (3.6%)

FUENTE: CUESTIONARIO MEDICO
 ELABORADO POR: DR. ENRIQUE HERRERA

GRAFICA # 1

Esta gráfica nos muestra el porcentaje, y el número de pacientes por grupo de edades, de todas las mujeres primigestas estudiadas (1000 casos)

Así vemos, que el mayor porcentaje de primigestas que acudieron al Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Caste-lazo Ayala" a la resolución de su embarazo fueron aquellas pacientes cuya edad estaba entre los 19-24 años, con un total de 476 casos (47.6%).

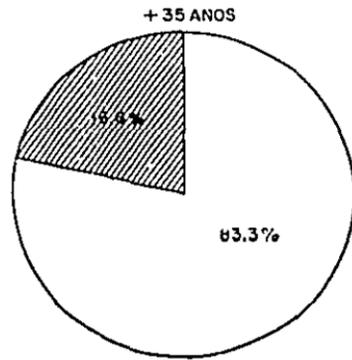
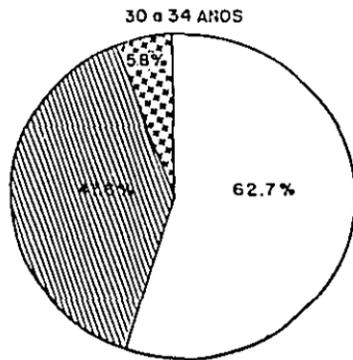
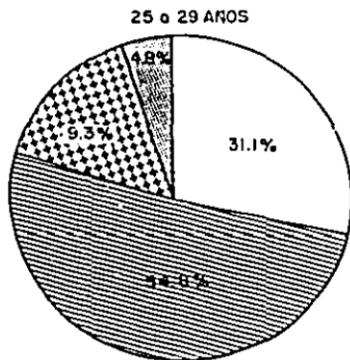
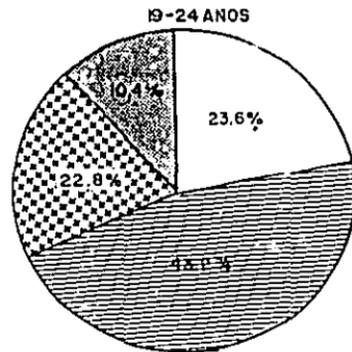
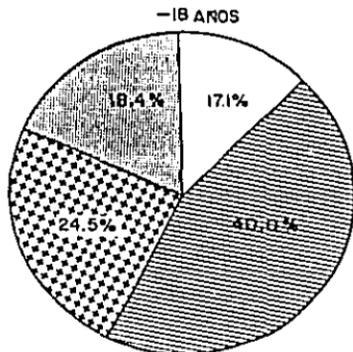
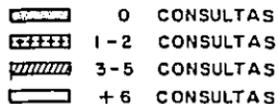
En segundo lugar, tenemos a las primigrávidas adoles-centes, aquellas en la que su edad máxima fué de 18 años; con un total de 228 casos (22.8%). Es decir que prácticamente de cada 4 embarazadas primigestas que acuden a esta materni-dad, 1 de ellos corresponde a una paciente adolescente; lo que debe hacer reflexionar sobre lo importante de esta situa-ción.

El tercer lugar corresponde a las primigestas cuya edad no es considerada la idónea para la gestación y mucho menos cursar un primer embarazo, principalmente aquellas que su edad se aleja más del inicio de la 4ta década de la vida. Aquí tenemos al grupo de 30-34 años con un total de 86 casos

(8.6%); y por último a las consideradas primigestas añosas o primigrávida mayor, donde hubo 36 pacientes (3.6%).

Sumando estos 2 últimos grupos, tenemos un porcentaje del 12.2%, lo que también debe llamar la atención para llevar en ellas un manejo apropiado y sobre todo una vigilancia estricta de su embarazo.

**PORCENTAJE DE CONTROL PRENATAL
EMBARAZO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987**



GRAFICA 2

GRAFICA # 2

Esta gráfica se refiere al porcentaje de control prenatal. Entendiéndose que dependiendo de el número de veces que una paciente es vista por el Obstetra, esto influirá y repercutirá en la buena evolución del embarazo e inclusive en una mejor resolución del mismo.

La primera gráfica de sectores corresponde al grupo de adolescentes (- 18 años) donde vemos que hubo un 18.4% de pacientes sin control prenatal y un 24.5% con menos de 2 consultas.

Esto hace un 42.9% de pacientes que tuvieron un mal control prenatal o que realmente nunca visitaron al obstetra. Solamente el 17% de este grupo recibieron una adecuada atención prenatal (+ 6 consultas).

En el grupo de 19-24 años: solo hubo 10.4% de pacientes que no recibieron atención médica y vale resaltar que hubo 23.6% de pacientes con más de 6 consultas; y sumando éste porcentaje con aquellas que recibieron de 3-5 atenciones médicas, hacen un total de 66.8% de mujeres con atención obstétrica regular o notable.

El grupo de 25-29 años sólo el 4.8% no recibió ningún tipo de atención prenatal, pero ya aquí el 31.1% tuvieron un excelente control prenatal; y el 85.9% tuvieron una atención obstétrica regular o notable (+ de 3 consultas).

El grupo de 30-34 años: todas las pacientes tuvieron por lo menos 1 consulta. Correspondiendo el 62.7% a pacientes con más de 6 consultas.

El grupo de primigestas añosas (+ 35 años): Aquí todas las pacientes tuvieron por lo menos 3 o más visitas médicas, y el 83.3% acudieron 6 o más veces.

Esto refleja el grado de conscientización de la mujer respecto a su embarazo, a medida que la paciente va madurando y teniendo más edad.

COMPLICACIONES EN LA EVOLUCION DEL EMBARAZO
 EMBARAZO DE LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO - LCA 1987

	- 18 AÑOS (228 CASOS)	19 - 24 (476 CASOS)	25 - 29 (174 CASOS)	30-34 (86 CASOS)	+ 35 (36 CASOS)	% (1000 CASOS)
ANEMIA	29	53	16	9	4	11.1
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	16	33	14	12	3	7.8
INFECCION DE VIAS URINARIAS	26	30	9	8	4	7.7
AMENAZA DE ABORTO Y/O PARTO PRETERMINO	18	25	10	3	1	5.7
TOXEMIA LEVE	21	18	6	2	1	4.8
TOXEMIA MOD-SEV	8	8	3	2	2	2.3
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA	1	6	3	4	2	1.6
POLIHDAMNIO	2	4	1	1	1	0.9
CONDILOMATOSIS VAGINOPERINATAL	3	4	1	0	0	0.8
OLIGOHIDRAMNIO SEVERO	0	0	0	2	1	0.3
HIPERTIROIDISMO CONTROLADO	0	0	0	1	0	0.1

CUADRO I

FUENTE: IDEM

CUADRO # 1

En este cuadro se presentan las principales complicaciones ocurridas durante la evolución del embarazo.

La complicación más común vista fué la anemia, aconteciendo esta en el 11.1% de todas las embarazadas. Se consideró la anemia a todas aquellas pacientes con una hemoglobina de 10 gr/dl; que según diferentes autores es el nivel a partir del cual se habla de una anemia en el embarazo (5). Esta complicación fué vista más o menos en todos los grupos de edades en proporciones similares, reflejando esto que el estado y la calidad nutricional es deficiente en todas las edades.

Otros tipos de complicaciones; aunque no tan frecuentes fueron la Ruptura prematura de membranas con 7.8% de frecuencia, observadas también en proporción similar para cada grupo. La tercera complicación en frecuencia correspondió a las Infecciones de vías urinarias, vistas en un 5.7% pero esta misma patología tuvo una incidencia altísima en las edades extremas de la vida reproductiva; así tenemos 26 pacientes adolescentes (11.4%) y a 12 pacientes sobre los 30 años (9.8%).

El resto de las complicaciones fueron encontradas en mucho menor frecuencia, y con porcentajes semejantes para cada grupo de edad; excepto la Toxemia leve. Esta se presentó en el 4.8% de la población estudiada, pero hubo 21 casos de adolescentes con esta complicación representando el 9.8% contra el 3.4% de la población restante estudiada. Esta cifra se ve más alta aún cuando se compara con el porcentaje de toxemia observadas en la población general sin tomar en cuenta la edad ni la grávida, que es de un 5-6% (5).

En la Toxemia Severa la proporción fué de 2.3% (ocuriendo de manera uniforme para todos los grupos), con sólo 2 casos de eclampsia.

TIEMPO EN SALAS DE LABOR
 EMBARAZO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987

ANOS HORAS	- 18 (228 CASOS)	19 - 24 (476 CASOS)	25-29 (174 CASOS)	30-34 (86 CASOS)	+ 35 (36 CASOS)	% (1000 CASOS)
- 2	24 (10.5%)	78 (16.3%)	41 (23.5%)	6 (7.0%)	3 (8.3%)	15.2
3 - 5	113 (49.5%)	292 (61.5%)	66 (38.2%)	60 (69.8%)	28 (77.7%)	55.9
6 - 8	64 (28.0%)	84 (17.6%)	41 (23.5%)	13 (15.1%)	3 (8.3%)	20.5
+ 9	27 (11.8%)	22 (4.6%)	25 (14.8%)	7 (8.1%)	2 (5.5%)	8.3

CUADRO 2

FUENTE: IDEM

CUADRO # 2

En este cuadro se trata de explicar la dificultad para la progresión del trabajo de parto de acuerdo al tiempo (expresado en horas), que una embarazada tarda en llegar a la resolución del evento obstétrico (parto o cesárea).

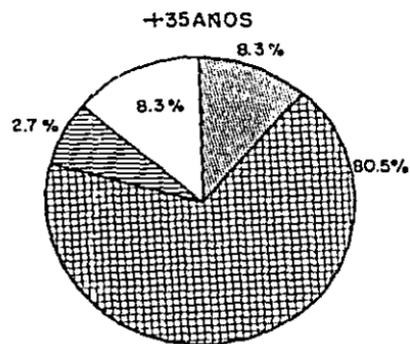
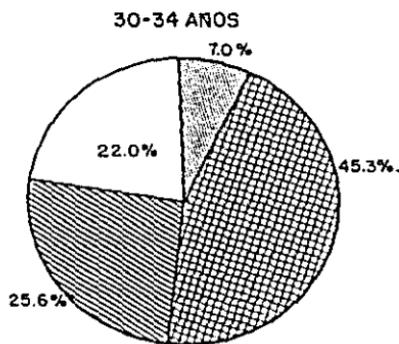
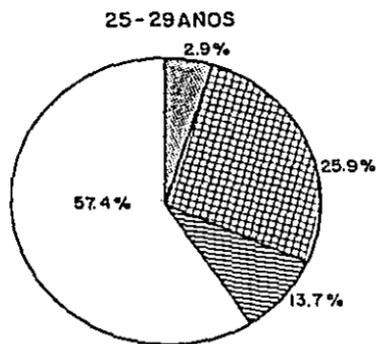
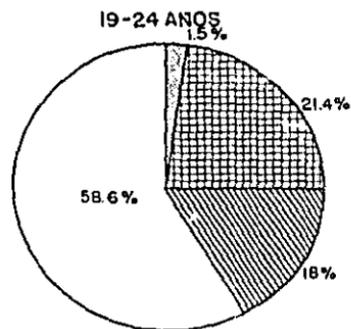
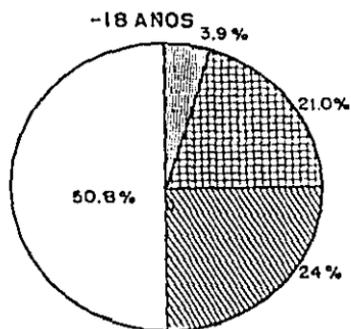
Tomamos en cuenta que el promedio de dilatación cervical con el que las pacientes fueron ingresadas de Admisión a Sala de Labor fué de 3.25 cms., y por otro lado, recordando la curva de Friedman tenemos que a los 3.25 cms. se ha rebasado la fase de latencia, encontrándose la paciente en una fase activa (de aceleración inicial), esperándose un parto normal en las siguientes 3 a 5 horas, llegando al término de este tiempo al período expulsivo.

Las pacientes con 6-8 horas de trabajo de parto, tenemos que el grupo de las adolescentes tuvieron 28.0% de casos; mientras que las primigestas añosas fué de 8.3% (siendo estos el de mayor y menor frecuencia respectivamente). Con más de 9 horas en sala de labor, aparecen las adolescentes con 11.8%, siendo superado solamente por el grupo de 25-29 años con 14.8%.

Es de importancia señalar la rápida resolución

(- 5 horas de trabajo de parto en labor) visto en las pacientes de edad considerada óptima para el embarazo (19-24 años) con 380 casos (77.8%).

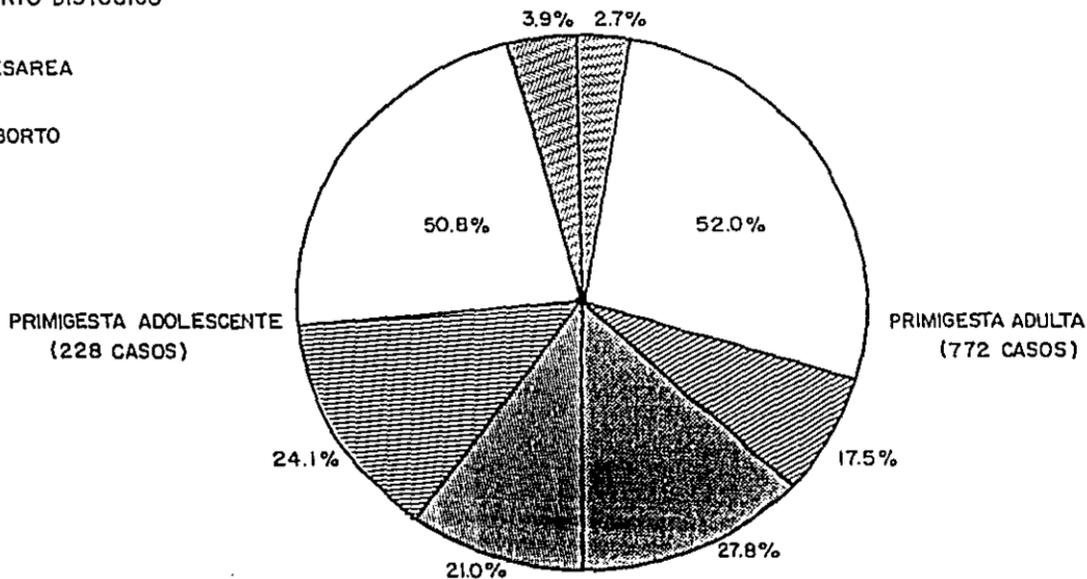
RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD.
 EMBARAZO DE LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO- LCA 1987



FUENTE: IDEM

GRAFICA 3

PORCENTAJE DE PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS POBLACION DE PRIMIGESTA ADULTA: RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO. HGO-LCA 1987



FUENTE: IDEM

GRAFICA 4

GRAFICA # 3

Esta gráfica muestra el tipo de procedimiento obstétrico empleado en todas las pacientes primigestas estudiadas. En estas cabe resaltar que el mayor porcentaje de partos eutócicos fué visto entre las pacientes de 19-24 y 25-29 años (58.6% y 57.4% respectivamente).

Por otro lado, el porcentaje de cesáreas que en grupos de menos de 24 años (incluyendo a las adolescentes) fué de 21%; en las de 30-34 años se encontró el 45.3%, viéndose todavía un número más elevado en las primigestas añosas con un 80.5%.

GRAFICA # 4

Es parecida a la gráfica anterior, pero aquí se comparan las primigestas adolescentes con las primigestas adultas (todas las primigestas de más de 19 años).

No se vió diferencias drásticas entre ambos grupos cuando se compararon de manera global. Solamente se señalará que el porcentaje de partos distócicos es moderadamente mayor en las adolescentes, y que el porcentaje de cesáreas fué mayor en las primigestas adultas (influenciado esto por el

altísimo número de cirugías practicadas a las pacientes de más de 30 años.

CAUSAS DE CESAREA POR GRUPOS DE EDAD
EMBARAZO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987

	-18 AÑOS (228 CASOS)	19 - 24 (476 CASOS)	25 - 29 (174 CASOS)	30 - 34 (86 CASOS)	+35 (36 CASOS)	% (1000 CASOS)
DESpropORCION CEFALO-PELVICA	25	33	21	17	5	10.2
RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	6	18	6	8	2	4.0
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	4	16	8	4	2	3.4
PRES. PELVICA	3	12	4	3	3	2.5
TOXEMA	6	6	3	2	2	1.9
PRIMIGESTA ANOSA	0	0	0	0	12	1.2
PRODUCTO PRETERMINO	3	5	2	1	1	1.1
INSERCIÓN BAJA PLACENTA	0	3	1	2	1	0.7
MACROSOMIA FETAL	0	2	0	1	1	0.4
GEMELAR	0	3	0	1	0	0.4
CONDILOMATOSIS VAGINAL	1	2	0	0	0	0.3
PROLAPSO CORDON	0	2	0	0	0	0,2
TOTAL	48	102	45	39	29	26.3%

FUENTE:IDEM

CUADRO 3

CUADRO # 3

Este cuadro nos desglosa las causas de cesárea por cada grupo de edad. El porcentaje de cesáreas fué visto en gráficas anteriores.

Aquí podemos observar que la Desproporción céfalo-pélvica (DCP) fué la causa principal de cesárea. El grupo de edades de 19-24 años tuvo un total de 33 (6.9%), mientras que para los otros grupos de edades su porcentaje de cesárea por DCP osciló entre 10.9% hasta un 19.7%.

Como segunda causa de cesárea estuvo la Ruptura prematura de membranas con un 4.0%; siguiendo a esta el Sufrimiento fetal agudo y la presentación pélvica.

Es importante señalar la Toxemia, como causa de cesárea en un 1.9%, siendo las primigestas adolescentes y las añosas las que tuvieron una proporción ligeramente mayor que los demás grupos.

Dentro del grupo de las primigestas añosas, de 29 cesáreas realizadas, 12 de estas (41.3%) fueron operadas con el sólo diagnóstico de "primigesta añosa".

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO
EMBARAZO DE LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987

	-18 AÑOS (228 CASOS)	19 - 24 (476 CASOS)	25 - 29 (174 CASOS)	30 - 34 (86 CASOS)	+ 35 (36 CASOS)	% (1000 CASOS)
DESGARRO VAGINAL (II - III GRADO)	16	20	6	3	0	4.5
INFECC. VIAS URINARIAS	7	10	3	3	2	2.5
DECIDUITIS	8	12	2	1	1	2.4
DEHISCENCIA Y/O ABCESO DE PARED (HEMATOMA)	3	5	2	1	0	1.1
HIPOTONIA UTERINA	2	3	1	3	3	1.0
DESGARRO CERVICAL	1	1	0	0	0	0.2
CONVULSIONES (ECLAMPسيا)	1	1	0	0	0	0.2
INVERSION UTERINA	0	0	1	0	0	0.1
DEHISCENCIA HISTERORRAFIA (PELVIPERITONITIS - HISTERECTOMIA)	0	1	0	0	0	0.1

CUADRO 4

FUENTE: IDEM

CUADRO # 4

Entre las principales complicaciones tempranas o tardías vistas en el presente estudio, vale mencionar 3 básicamente.

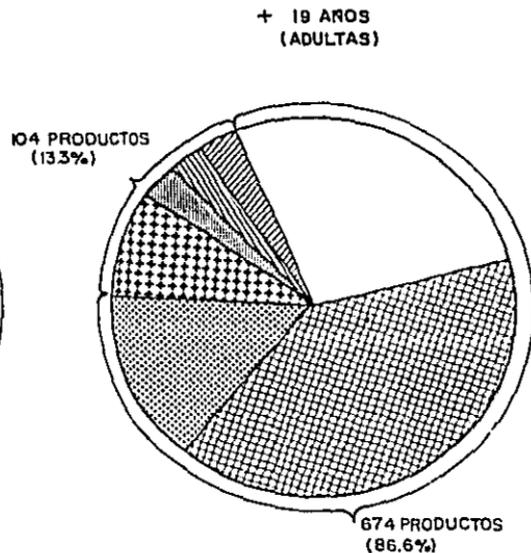
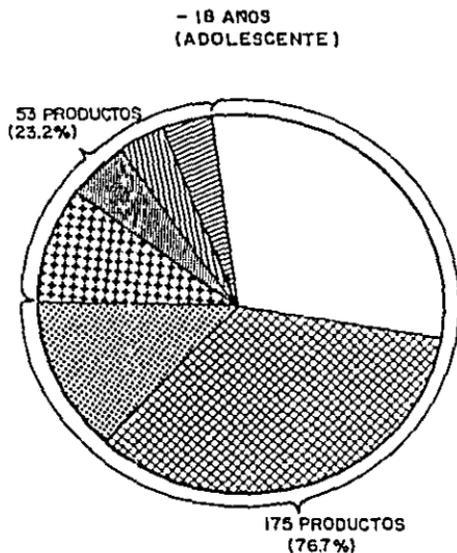
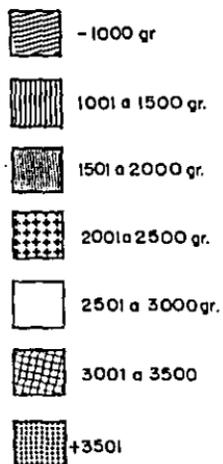
1. Desgarro vaginal de II-III grado (4.5%), pero si tomamos sólo el caso de las adolescentes veremos que se presentó en 16 casos (7.0%); posiblemente por la gran cantidad de forceps colocados a este grupo (24.1%).

2. Infección de vías urinarias (2.5%), que además fué la 3ra. causa de complicaciones durante el embarazo (7.7%).

3. Deciduitis (2.4%), la cual apareció de manera más o menos uniforme en todas las edades.

Respecto al resto de las complicaciones del puerperio, señalaremos 2 casos de convulsiones (ambas en pacientes jóvenes con toxemia severa), y 1 caso de Histerectomía en una paciente de 23 años por ruptura uterina.

PRODUCTOS. PESO AL NACIMIENTO
 EMBARAZO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987



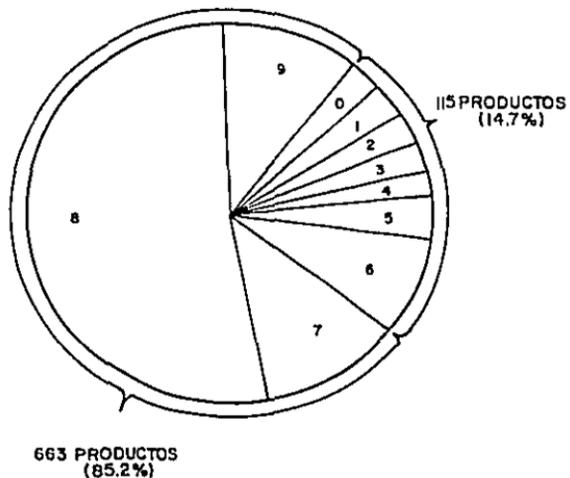
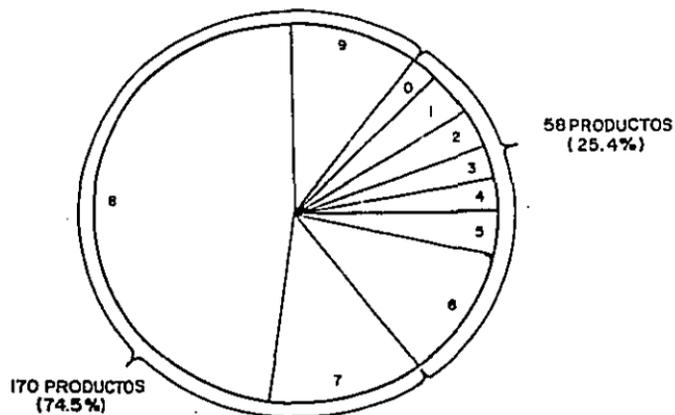
GRAFICA 5

FUENTE: IDEM

**CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACER. APGAR AL MINUTO
EMBARAZO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987**

-18 AÑOS (ADOLESCENTES)

+19 AÑOS (ADULTAS)



GRAFICA 6

FUENTE: IDEM

GRAFICA # 5

Señalamos el número y porcentaje de productos de madres primigestas adolescentes y adultas, en sus diferentes pesos al momento de nacer.

De esta forma vemos que las adolescentes, de un total de 228 casos, el 76.7% nacieron con buen peso (+ 2500 grs); y del grupo de las pacientes adultas con un total de 772 casos, el 86.6% de estos productos nacieron con un peso normal.

GRAFICA # 6

Se refiere a las condiciones del producto al nacer; medido esto por la calificación de APGAR al minuto del nacimiento.

Las primigestas adolescentes, sólo el 74.5% de sus productos nacieron con APGAR adecuado (+ 7), mientras que el 25.4% restante nacieron con una mala calificación y algunos en pésimas condiciones. Por otro lado, las primigestas adultas, el 85.2% de sus bebés nacieron con más de 7 de APGAR.

Una causa probable de esta condición fué el alto

porcentaje de partos distócicos ocurrido en la adolescente, el cual fué de un 24.1% contra un 17.5% del resto de pacientes, pues posiblemente algunos de estos partos distócicos pudieron haber sido diagnosticado antes el sufrimiento fetal, y realizar la operación cesárea.

CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO
EMBARAZO DE LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987

	-18 AÑOS (228CASOS)	19 - 24 (476CASOS)	25 - 29 (174CASOS)	30 - 34 (86CASOS)	+35 (36CASOS)	% (1000CASOS)
HIPOTROFIAS	10	8	2	2	3	2.5
ABORTO 1er. SEMESTRE	8	5	4	4	2	2.1
MUERTE NEONATAL	5	4	2	2	2	1.5
ASFIXIA MODERADA - SEVERA	6	3	2	3	0	1.4
ESCORIACIONES EN MEJILLAS	5	5	1	0	0	1.1
ABORTO 2o. TRIMESTRE	3	2	1	2	1	0.9
MUERTE FETAL	2	2	2	1	2	0.9
CEFALOHEMATOMAS	4	2	2	1	0	0.9
CRISIS CONVULSIVA	2	0	0	1	1	0.4
ASPIRACION MECONEO	2	1	0	0	0	0.3
DEFECTO TUBO NEURAL	0	0	0	1	1	0.2
POLIDACTILIA	0	0	0	1	1	0.2
PARALISIS FACIAL	1	0	0	0	0	0.1
ANANCEFALIA	0	0	0	1	0	0.1

FUENTE IDEM

CUADRO 5

CUADRO # 5

Dicho cuadro se refiere a las complicaciones o condiciones del producto al nacer.

Aunque estas complicaciones se presentaron en muy baja proporción, las hipotrofías y el aborto incompleto del 1er. trimestre fueron las principales con un 2.5% y 2.1% respectivamente.

De las otras complicaciones señaladas, mencionaremos la asfixia moderada a severa, escoriaciones en mejillas, cefalohematomas y parálisis facial (todas ocurridas en porcentajes bajísimos) como consecuencia del trabajo de parto prolongado y la aplicación de forceps.

Hubo 4 casos de bebés que presentaron convulsiones antes de las 24 horas del post parto. Estos cuatro productos fueron dados de alta en un máximo de 5 días en aparente buen estado de salud.

Como probable consecuencia de la edad, se presentaron 5 casos de malformaciones fetales: 2 casos de defecto del tubo neural, 2 casos de polidactilia; y 1 caso de anencefalia.

PORCENTAJE DE ABORTOS Y MUERTES FETALES O NEONATALES

EMBARAZO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA HGO-LCA 1987

	PRIMIGESTA ADOLESCENTE (228CASOS)	PRIMIGESTA ADULTA (772 CASOS)
ABORTOS	9 (4.2%)	21 (2.7%)
MUERTE FETAL	2 (0.9%)	7 (0.9%)
MUERTE NEONATAL	5 (2.2%)	10 (1.2%)

CUADRO 6

FUENTE:IDEM

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO # 6

A pesar de que por lo general los estudios muestran una incidencia de abortos espontáneos del 10% aproximadamente de todos los embarazos; en el presente trabajo de tesis sólo fué del 4.2% para las primigestas adolescentes y del 2.7% para las adultas. Posiblemente esto se deba a que muchas pacientes cursando con aborto espontáneo, como no son captadas desde el inicio del embarazo en los hospitales de 3er. nivel, acuden a la clínica u hospital de 2do. nivel más cercano a su domicilio.

Por otro lado, las muertes perinatales (suma de las muertes fetales y neonatales) correspondieron al 3.1% de las adolescentes y al 2.1% de las adultas. Dichas cifras corresponden y se relacionan bastante con los porcentajes observados en la población general.

CONCLUSIONES

Analizados los datos presentados anteriormente, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. El grupo de edad de pacientes primigestas más frecuentemente visto es el comprendido entre 19-24 años con un 47.6% seguido por las embarazadas adolescentes en un 22.8%, lo que denota la gran cantidad de pacientes menores de 18 años que estamos tratando.

2. El 42.9% de las adolescentes tuvieron un deficiente control prenatal, o muchas de ellas no tuvieron consultas. Pero a medida que la paciente embarazada primigesta tiene mayor edad se va conscientizando hasta ver que las añosas tuvieron un 100% de control prenatal más o menos adecuado.

3. La anemia fué la primera complicación vista en las embarazadas, afectando a todos los grupos de edades de manera similar en cuanto a proporción se refiere.

4. Los grupos de edades de 19-24 y 25-29 tuvieron el mejor porcentaje de partos eutócicos; mientras que los de mayor edad tuvieron la más alta incidencia de cesárea,

llegando hasta el 80.5% en las añosas.

5. La principal causa de cesárea en la totalidad de la población estudiada fué la Desproporción céfalo-pélvica con un 10.2%. Por otro lado, el porcentaje de cesáreas en la paciente primigesta de todas las edades fué del 26.3%; cantidad mucho menor a la registrada en otras instituciones para la población general.

6. El desgarro vaginal, y en menor frecuencia las infecciones de vías urinarias y las deciduitis fueron las complicaciones del puerperio más comunes; ocurriendo un caso de Histerectomía por atonía uterina.

7. Las pacientes primigestas adultas tuvieron un mejor porcentaje de peso de sus productos y mejor calificación de APGAR que las adolescentes.

8. El porcentaje de aborto fué visto en menor proporción que en la población general. La muerte perinatal no tuvo mucha diferencia respecto a la observada en la Literatura Mundial.

RECOMENDACIONES

1. Hacer tomar más conciencia al personal médico y para-médico del Hospital, pues la proporción de la primigesta adolescente que está llegando a este hospital es digno de tomarse en consideración.

2. Hacer programas o crear una clínica de la paciente adolescente para hacerles ver la importancia de un buen cuidado prenatal.

3. Hacer una medicina más preventiva, y de esta manera tratar de evitar al máximo las complicaciones del embarazo; como lo fué la Anemia en un 11.1%.

4. Posiblemente con un mejor cuidado prenatal, aunado a esto, una mejor vigilancia obstétrica en Salas de labor a las pacientes adolescentes, haría descender el porcentaje tan alto de partos distócicos (24.1%), y además mejoraría las condiciones del producto al nacer.

CUESTIONARIO MEDICO

EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO EN LA PACIENTE
PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS PRIMIGESTA ADULTA

1. DATOS PERSONALES

Edad _____ No. Expediente _____ Edo. Civil _____

2. ANTECEDENTES MEDICOS IMPORTANTES:

3. ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

4. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

IVSA _____ Menarca _____

Control Natalidad _____ Tiempo _____

5. COMPLICACIONES EN LA EVOLUCION DEL EMBARAZO:

a) Amenaza de aborto _____

b) Amenaza de parto pretermino _____

c) Toxemia: Leve _____ Moderada _____ Severa _____

d) Inserción baja de placenta _____

e) Ruptura prematura de membranas _____

f) Anemia _____

g) Control prenatal (No.) _____

h) Otra (especifique) _____

6. FORMA DE TERMINACION DEL EVENTO OBSTETRICO:

a) Aborto (semanas) _____

b) Parto eutócico (semanas) _____

c) Parto distócico (sem. causa) _____

d) Parto pretermino (sem. causa) _____

e) Cesárea (causa) _____

- f) Forceps (causa) _____
- g) Tiempo en sala de labor (horas) _____
- h) Histerectomía (causa) _____

7. COMPLICACIONES DEL POST PARTO:

- a) Hipotonía uterina _____
- b) Atonía uterina _____
- c) Desgarros del canal del parto (grado) _____
- d) Infección _____
- e) Dehiscencia de herida quirúrgica _____
- f) Otra (especifique) _____

8. CONDICIONES DEL PRODUCTO:

- a) APGAR _____
- b) Eutrófico _____
- c) Peso (grs) _____
- d) Obito fetal _____
- e) Muerte neonatal _____
- f) Malformaciones _____
- g) Otras (especifique) _____

BIBLIOGRAFIA

1. Ahued Ahued J, col: Atención Obstétrica en la adolescencia. Ginec Obs Méx. 43: 255, 1978.
2. Aznar R y Lara R: Embarazo en la adolescencia. Ginec Obst Méx. 22: 661, 1967.
3. Birislaui B: Obstetric aspect of adolescent pregnancy & delivery. Int. J Gynaecol Obst 15: 491, 1978.
4. Chávez Axuela J y col: Riesgo materno fetal de la paciente adolescente sometida a cirugía obstétrica. Ginec. Obst Méx. 43: 405.
5. Claman A; Bell H: Pregnancy in the very young teenager. Amer. J. Obst Gynaec 90: 350, 1964.
6. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Editora Salvat. 12va. Edición. Barcelona, España, 1984.
7. Donald Sherline D: Adolescent pregnancy. The Jackson Mississippi, experience. Am J. Obst Gynaecol. 132: 245, 1978.

8. Guerrero A y col: El riesgo del embarazo en la paciente adolescente. Ginec Obst Méx. Vol. 37 No. 221 Marzo 1975.
9. Hassan A; Fall F: The young primipara. A clinical study. Amer J. Obst Gynec 88: 256, 1964.
10. Hellman L; Pritchard J: Williams Obstetricia. Editora Salvat 4ta. Edición, Barcelona, España. 1982.
11. Herrera Lasso F y col: Embarazo en la adolescencia. Ginec. Obst Méx. Vol 48 No. 285. 1980.
12. Israel D. L; Deutschberger M. A.: Relation of mother's age to Obstetric performance. Obst & Gynec. Vol 24 No. 3 Sept 1964.
13. Kably Ambe A y col: Embarazo en la adolescente, análisis de 500 casos. Ginec Obst Méx Vol 50 No. 303, Jul, 1982.
14. Kaunitz A y col: Causes of maternal mortality in the United States. Obst & Gynec. Vol 65 No. 5 May 1985.
15. Luella K y Klein L: Antecedentes de embarazo en adolescentes. Clin Obst Ginec. 21: 1199, 1978.
16. Marín Ruiz R y col: Embarazo en la adolescente. Ginec

Obst Méx. Vol 51 No. 314, Junio 1983.

17. Naeye R: Maternal age, Obstetric complications, and the --
out come of pregnancy. Obstetrics & Gynecology. Vol
61 No. 2 February 1983.
18. Niswander K: Manual of Obstetrics. Little Brown & Company.
U.S.A. 1983.
19. Procedimientos en Obstetricia. Hospital de Gineco-Obst-
etricia "Dr. Luis Castelazo Ayala". INSS. 1985.
20. Ruiz Moreno y col: Problemas Obstétricos de la adolescen-
te. Ginec Obst Méx. Vol 40 No. 241 Nov 1976.
21. Ruiz Velasco V, Perez M: Gestación en la adolescente.
Ginec. Obst. Méx Vol 35, No. 208. Febrero 1974.
22. Spellacy W et al: Pregnancy after 40 years of age. Obst
& Gynec. Vol 68 No. 4 October 1986.