



11217
64
2EJ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ
SECRETARIA DE SALUD

"EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. MAURO ANTONIO GOMEZ MAGALLON





Universidad Nacional
Autónoma de México



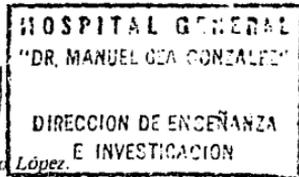
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

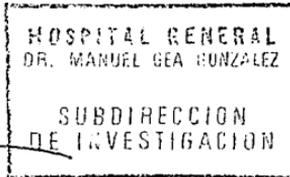
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

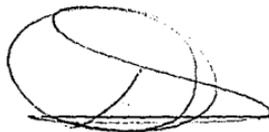
AUTORIZACIONES




Dr. Carlos Rivera López.

Director de Enseñanza e Investigación.

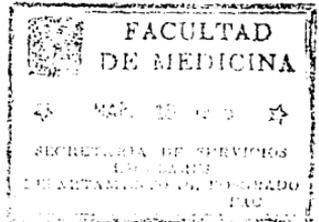



Dra. Dolores Saavedra O.

Subdirectora de Investigación.


Dr. Carlos Ricalde Bas.

Profesor Titular del curso de Gineco-Obstetricia.



INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Hugo Martínez Ayala

Jefe del Departamento de Obstetricia

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dr. Mauro Antonio Gómez Magallón

R III Gineco-Obstetricia

SEDE: HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

ANTECEDENTES

El embarazo en la adolescencia es un problema médico y un fenómeno social de importancia creciente. Una atención médica oportuna puede resolver el riesgo creciente propio del embarazo, pero las carencias en esta etapa de la vida y la falta de recursos que manifiestan varias sociedades pueden frustrar las expectativas de la madre y su hijo del tal forma que el embarazo en la adolescencia significara más un problema social que médico. (1).

Se ha considerado que el embarazo en la adolescencia es de alto riesgo porque en la mayor parte de estos, se ha detectado una más alta morbi-mortalidad materna y fetal. (2).

Es claro que en la adolescencia existen situaciones desfavorables para la maternidad: crecimiento incompleto, inmadurez emocional, educación limitada, ingresos económicos bajos; también es alta la posibilidad de embarazo, sobre todo en sociedades con predominio de jóvenes dentro de su pirámide poblacional, que son estimulados generalmente a través de publicidad a relaciones sexuales sin el compromiso de una paternidad responsable y en una etapa de una vida en que se despierta el natural interés por el sexo en un organismo precozmente maduro por la presentación de una menarca cada vez más temprana. (3).

Cuando se presenta entre los 10 y los 15 años, tiene especial interés por su evolución, por sus complicaciones físicas,

psicológicas, familiares y sociales; estas complicaciones son de menor cuantía conforme se aproxima la edad adulta. (4).

El inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas, es favorecido por factores sociales, económicos, familiares, ambientales, psicológicos y educacionales, y por lo consiguiente, se incrementa la incidencia de los embarazos en edades tempranas.(5)

En la familia, la pobreza económica, cultural, y de manifestaciones de afecto hacia los hijos así como la desunión, son factores que inducen hacia la búsqueda de sensaciones compensatorias; si a ello aunamos las imágenes, día a día más insinuantes, de sexualidad libre que aparecen en los comerciales, en las películas, en las novelas de la radio y la televisión, o que se leen en las revistas, en donde se insinúa, se habla, se ilustran y se aceptan las relaciones sexuales sin limitaciones como un acto normal en cualquier circunstancia; estas vivencias que llegan por la vista y oídos inducen hacia la búsqueda de sensaciones y las aceptan como si fueran normales y, para no ser diferentes a lo que le han inculcado, cede ante las primeras insinuaciones, acepta sin tener la menor preparación psicológica o educacional, para manejar las consecuencias que acarrea.

Por otra parte, los mejores factores alimenticios, higiénicos y ambientales han producido en las generaciones actuales que la maduración sexual se realice en edades más tempranas que en las generaciones precedentes, mas esto no sucede con la maduración física integral, ni con maduración psicológica y emocional,

cuya evolución es más lenta. El equilibrio endócrino y emocional se completa entre los 18 y 20 años.

Para ayudar a los menores de edad a distraer su atención de los atractivos del sexo que en ellos comienza a despertar, son importantes las actividades físicas programadas, controlar sus lecturas, los programas de televisión, las amistades que frecuentan, las actividades familiares, el mejoramiento del ambiente familiar y de la zona. (6).

Es muy frecuente que la adolescente embarazada carezca de control prenatal adecuado, debido al ocultamiento del estado durante los primeros meses, a la incomprensión de los padres y familiares que la rechazan, la no aceptación de ella al embarazo no buscado, al estado emocional de inseguridad; en fin, el desequilibrio interno, familiar y social que en esta situación le produce hace que no acuda al médico para un control prenatal adecuado. (7).

El control del embarazo en las adolescentes es más estricto que en la mujer adulta, ya que debe considerarse como un embarazo de alto riesgo por la inmadurez somática materna, por la evolución que frecuentemente se asocia a preeclampsia severa, por la vía de resolución que en la gran mayoría de casos es por vía abdominal debida a complicaciones propias del embarazo y a la mayor incidencia de desproporciones cefalopélvicas y de prematuridad. Hay que insistir en que lleve una alimentación balanceada y en el cumplimiento de citas para control. (8).

La deficiente alimentación con la anemia consecuente, y las infecciones mal tratadas, son causa de que las adolescentes inicien trabajo de parto prematuramente, hechos que aumentan la incidencia de recién nacidos con peso bajo para edad gestacional y la prematuridad. Otra complicación muy frecuente y que también incide en la prematuridad y en el peso bajo es la preeclampsia severa incontrolable y la eclampsia cuya frecuencia en nuestro medio es de 3 a 4 veces mayor que en las madres adultas; su incidencia está en relación inversa a la edad de la adolescente. (9).

La morbi-mortalidad perinatal está en relación directa a la prematuridad; la mortalidad materna guarda esta misma relación a la gravedad de la toxemia, aunque hay discrepancia entre diversos autores.

Por lo anteriormente señalado es conveniente impartir pláticas sobre higiene, alimentación, educación sexual y embarazo a niñas y adolescentes.

Como la gestación de la adolescente se considera de riesgo alto, es prudente que el parto sea atendido en segundo o tercer nivel según la evolución que haya sufrido y así poder ofrecerle al binomio una mayor probabilidad de sobrevivida sana. (10).

El embarazo en la adolescencia es un problema que afecta a todos los aspectos de la prevención (primaria, secundaria y terciaria). Es la sexualidad y el consecuente suceso de la gestación en las adolescentes lo que constituye una grave carga social,

psicológica, educacional y económica para la joven madre (o jóvenes madres). El niño de madre adolescente tiene un mayor riesgo físico y de desarrollo global, aunque tras el ajuste del status socioeconómico y el cuidado prenatal, la única consecuencia inmediata atribuible a la edad es el incidente del incremento de preeclampsia y de bajo peso al nacimiento de estos niños. En años recientes, la tasa de nacidos vivos de mujeres adolescentes ha disminuido ligeramente, pero no así el número absoluto de estos nacimientos debido al incremento de la población adolescente. La tasa de fertilidad para niñas menores de 15 años, sin embargo ha cambiado muy poco desde mediados de la década de los 70's, antes de los cuales aumentó rápidamente. Alrededor de 25,000 gestaciones se producen en este grupo de edad en los Estados Unidos: algo más de la mitad termina en aborto. Aproximadamente una mujer adolescente de cada 10 queda embarazada antes de los 20 años de edad (11).

Las razones múltiples y complejas para la gestación en las adolescentes hacen que el control sea difícil de realizar, más aún no todas son accidentales. Aunque no existan datos precisos disponibles, la actividad sexual en adolescentes y la gestación afecta a todos los grupos de población, pero la gestación parece tener una mayor incidencia en los grupos económicamente más bajos (12).

La solución óptima a este problema sería la reducción o la supresión de la actividad sexual de la adolescencia. Ya que esta

meta es inalcanzable la mayor parte de los esfuerzos se han dirigido a recomendar o facilitar el uso de los contraceptivos en las adolescentes. Los factores clave de los pocos programas que pueden ser evaluados y que fueron exitosos, han aconsejado la reducción de los sentimientos ambivalentes acerca de los contraceptivos y la gestación los cuales son fácilmente disponibles; para las adolescentes gestantes son importantes el consejo sobre las adopciones y los cuidados prenatales, como lo son también el desarrollo de planes del cuidado del niño, la formación continua de la madre y la prevención de otras gestaciones antes de la madurez (13).

Mucha de la literatura acerca del embarazo en la adolescencia es oscuro, desde experiencias clínicas en cuidados para adolescentes durante la gestación y el periodo perinatal. En un cuidado primario, la adolescente y el médico, tienen también importantes tareas. Un hecho importante es la identificación de la adolescente que está embarazada y otro consiste en ayudar a la adolescente a que tome conciencia de la importancia del control prenatal en el curso del embarazo.

Ninguna otra pudiera ser una tarea fácil de buenas a primeras, pero cada una es un paso esencial hacia el cuidado especializado que continúa. El cumplimiento de estas responsabilidades clínicas puede ser mejorado por un entendimiento mutuo de algunos síntomas presentados frecuentemente y cuestionados por adolescentes embarazadas durante el control prenatal, así como los factores importantes que aparecen para influenciar un embarazo propio

de la adolescente, y los problemas generados por embarazo durante los años de la adolescencia. (14).

La práctica de las relaciones sexuales en los adolescentes se ha incrementado como consecuencia de que su comportamiento sexual está determinado por fuertes estímulos biológicos, así como sentimientos, actitudes y valores adoptados a una edad más temprana y modificados por las normas de la sociedad actual, la mayoría no utiliza métodos anticonceptivos adecuados por lo que el embarazo ocurre con frecuencia, produciendo complicaciones materno-fetales, como son: hipertensión del embarazo, productos de bajo peso, partos pretérminos, complicaciones transparto e incremento de la operación cesárea.

Se ha reportado que un adecuado control prenatal mejora el pronóstico materno fetal, recomendándose que se proporcione apoyo psicológico y educación a la paciente además del cuidado médico.

En el servicio de Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara, del 10. de junio de 1990 al 28 de febrero de 1992, se analizó un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo, 42 pacientes primigestas menores de 15 años que ingresaron con un embarazo de más o menos 37 semanas y con feto vivo.

Se formó un grupo control con 42 pacientes primigestas de 20 a 25 años con embarazo de más o menos 37 semanas y feto vivo, las cuales se captaron en forma progresiva e inmediatamente de cada adolescente que ingresó al protocolo.

Las variables analizadas fueron: edad, estado civil, años de estudio, estado socioeconómico, edad de la menarquia, edad gesta-

cional, ¿embarazo deseado?, control prenatal, presión arterial media, tipo de nacimiento, sexo-peso y Apgar del recién nacido, líquido amniótico y desgarros del cérvix y vagina.

Las conclusiones a que se llegaron fueron las siguientes: el embarazo en la adolescencia es un problema sociocultural, las madres adolescentes en su mayoría son solteras, con baja escolaridad, embarazo no deseado y escaso control prenatal, la menarquía fue 22.6 meses más temprano en el grupo de primigestas adolescentes que en el grupo de primigestas adultas, el pronóstico materno fetal de la adolescente no es diferente de la gestante en edad ideal. (15).

Se realizó este estudio en base a los antecedentes, al alto riesgo y la importancia que tiene en nuestro medio el embarazo en las adolescentes, además por su frecuencia creciente en nuestro hospital.

Se tuvieron los siguientes objetivos: Conocer la incidencia del embarazo en las adolescentes. Identificar a los factores que predisponen al embarazo en la adolescente. Observar la evolución, la vía de resolución, el producto al nacimiento y deseo de planificación familiar.

MATERIAL Y METODOS.

Este trabajo de investigación es de tipo descriptivo, observacional, abierto, prospectivo y transversal.

Se entrevistó a toda mujer adolescente con embarazo mayor de 20 semanas en trabajo de parto y con feto vivo, tomando en consideración que las adolescentes son las menores de 19 años, quienes llegaron a recibir atención de su parto en el servicio de Tocociurgia del Hospital General Dr. Manuel Gea González durante los meses de noviembre y diciembre de 1994.

El tamaño de esta muestra fue secuencial.

El método de recolección de la información fue por medio de cuestionarios (encuesta), obteniéndose por información directa de la persona estudiada. Así como de los expedientes clínicos.

Los criterios de inclusión fueron a toda aquella mujer con embarazo de más de 20 semanas, en trabajo de parto y con feto vivo.

Los criterios de exclusión fueron mujeres embarazadas mayores de 19 años, embarazo menor de 20 semanas, sin trabajo de parto o sin feto vivo.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables y parámetros de medición:

- 1.- Edad: Se especificó en años.
- 2.- Escolaridad: Analfabeta, sabe leer y escribir, primaria completa o incompleta, y secundaria completa o incompleta.
- 3.- Estado Civil: Soltera, casada o en unión libre.
- 4.- Menarca: Edad en años.
- 5.- Inicio de Vida Sexual Activa: Edad en años.
- 6.- Deseo de Embarazo: Afirmación o negación.
- 7.- Atención Prenatal: Afirmación o negación.
- 8.- Edad Gestacional: Edad del embarazo en semanas.
- 9.- Peso del Producto: En gramos.
- 10.- Resolución del Parto: Eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal.
- 11.- Uso Previo de Método Anticonceptivo: Afirmación o negación.
- 12.- Egreso con método Anticonceptivo (DIU): Afirmación o negación.

RESULTADOS.

En este estudio realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, se encuestó a un total de 100 mujeres embarazadas adolescentes, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

En el hospital se atienden aproximadamente 2,500 partos anualmente. En los 2 meses en que se cuestionaron a las participantes se atendieron 356 partos en total. Lo que nos da en promedio un 28.08% de partos atendidos en mujeres adolescentes de cada

100 que se atienden.

La edad máxima en que se tomó la adolescencia fue de 19 años y la edad mínima en que se presentó un embarazo fue de 13 años, siendo la edad más frecuente a los 18 años con un 31% del total y la menor presentación fue en jóvenes de 13 y 14 años con solamente el 1% cada una.

Se observó un incremento paulatino a partir de los 13 años hasta los 18, solamente a la edad de 19 años disminuyó un poco la frecuencia. (Gráfica 1).

En cuanto a la escolaridad de las pacientes la mayoría de ellas tenían la secundaria completa con un total del 45% y no se encontró ninguna adolescente con analfabetismo. (Gráfica 2).

Respecto al estado civil se observó que las que se encontraban en unión libre eran la mayoría con el 46% de los casos, seguidas se encontraban las casadas con el 33% y por último las solteras con el 21%. (Gráfica 3).

En referencia a la aparición de la menarca, la edad más temprana de aparición fue a los 10 años con el 6% y la más tardía a los 15 años con solamente el 2%, la edad en la que se observó mayor número fue a los 12 años con el 33% de pacientes. (Gráfica 4)

La edad en que las pacientes iniciaron vida sexual activa más temprano fue a los 13 años, y las que más tarde comenzaron fue a los 19 años, siendo el 1% y el 4% respectivamente, la edad de comienzo de vida sexual en mujeres adolescentes estudiadas fue a los 16 años la más frecuente con un 30% del total de casos. (Gráfica 5).

En cuanto al deseo de embarazo, del total de las pacientes,

el 59% de ellas si deseaban embarazarse y el 41% no deseaba el embarazo. (Gráfica 6).

Respecto a la atención prenatal, el 68% de las adolescentes embarazadas la recibieron con regularidad, ya sea en centro de salud, a nivel privado o en el mismo hospital, y el 32% de las pacientes no recibió control prenatal adecuadamente. (Gráfica 7).

En cuanto a la edad gestacional del total de mujeres embarazadas el 81% de ellas tuvieron un producto a término, el 16% fue pretérmino y solamente un 3% tuvieron un producto posttérmino. (Gráfica 8).

De los partos pretérmino que en total sumaron el 16% (igual a 16 pacientes), 7 de ellos fueron de 37 semanas de gestación, 2 pacientes con 36, 34 y 33 semanas cada una, y de 35, 31 y 29 semanas con una paciente cada uno. El producto de menor edad gestacional que se presentó en estas jóvenes fue de 29 semanas.

Respecto al recién nacido, producto de la mujer adolescente, la mayor frecuencia de ellas, o sea, el 42% tuvieron un hijo con peso entre los 2501 y 3000 gramos, siguiéndole con un 38% entre los pesos de 3001 a 3500 gramos, únicamente el 1% de los productos pesó por arriba de 4000 gramos y el 10% de ellos pesaron por debajo de 2500 gramos de peso. (Gráfica 9).

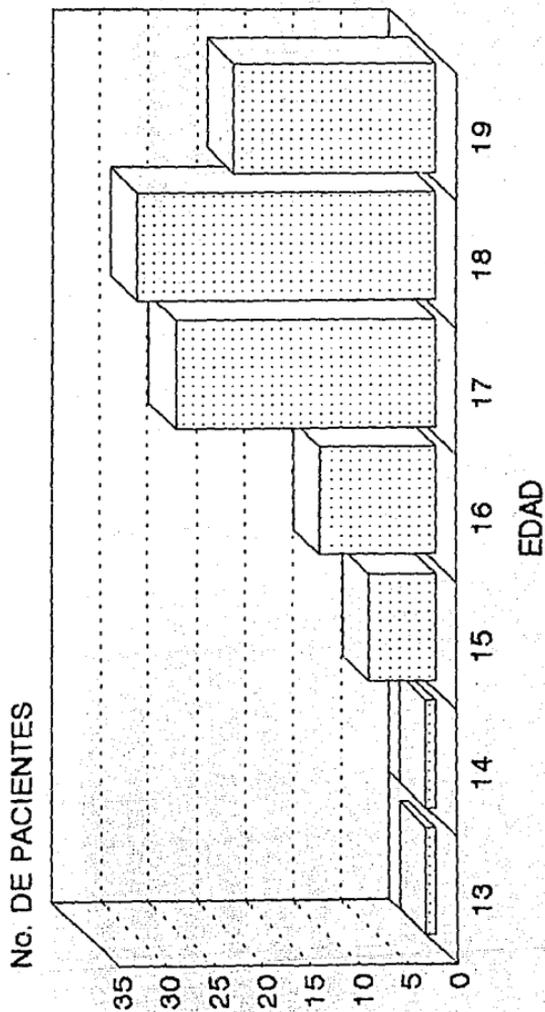
De estos productos, el 83% de ellos se obtuvieron por medio de un parto eutócico, el 12% por cesárea (distocia abdominal), en los cuales se incluyeron los siguientes diagnósticos: desproporción cefalo-pélvica en 5 ocasiones, por malformación uterina congénita (útero bicorne) en 3 de ellas, por ruptura prematura de

membranas en 2 y solamente un caso por preeclampsia y otro por presentación pélvica. En el 5% de pacientes, la resolución del parto fue por distocia vaginal, utilizándose en esos casos los fórceps para su extracción. (Gráfica 10).

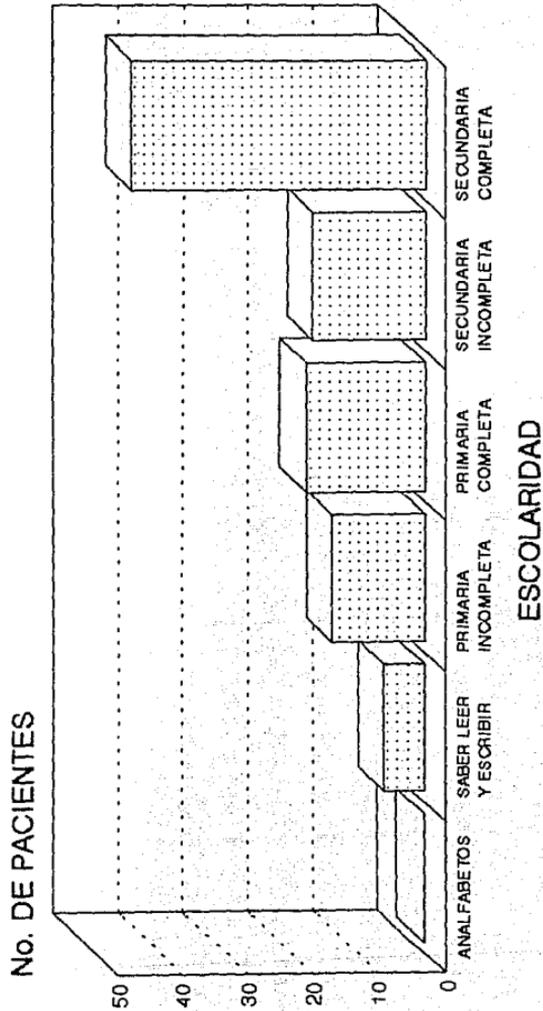
En el renglón del uso previo de método anticonceptivo, solamente el 14% de las pacientes embarazadas habían utilizado cualquier tipo de método previo a este último embarazo, y el resto, o sea, 86% no lo habían utilizado. (Gráfica 11).

Referente al egreso con método anticonceptivo (DIU) en las pacientes atendidas en el hospital en este último embarazo, el 54% de ellas egresaron con dicho método anticonceptivo y por lo consiguiente el 46% egresaron sin método de la unidad. (Gráfica 12).

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EDAD

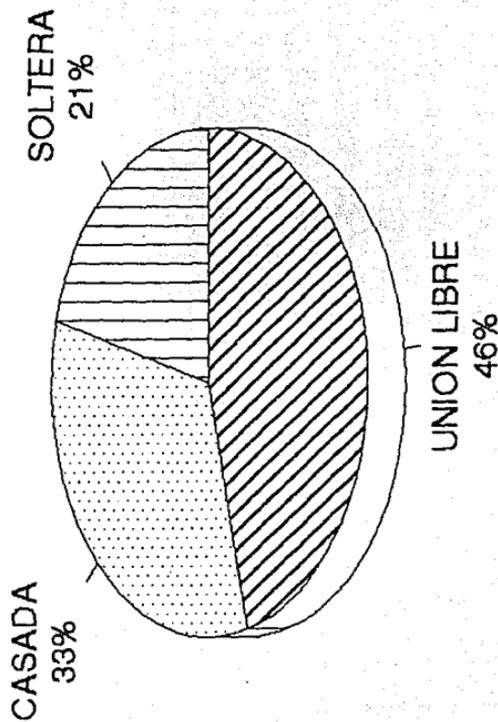


EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA ESCOLARIDAD

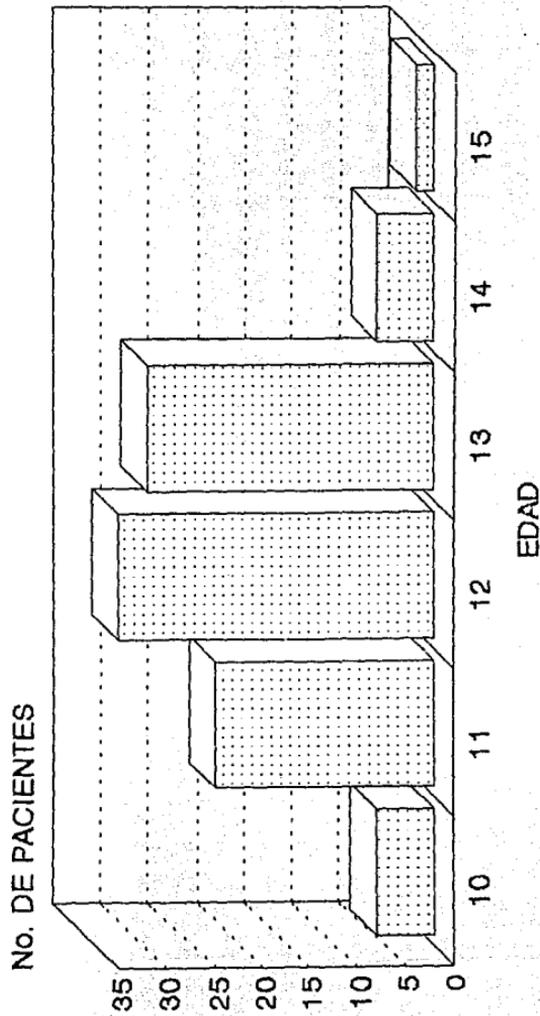


EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

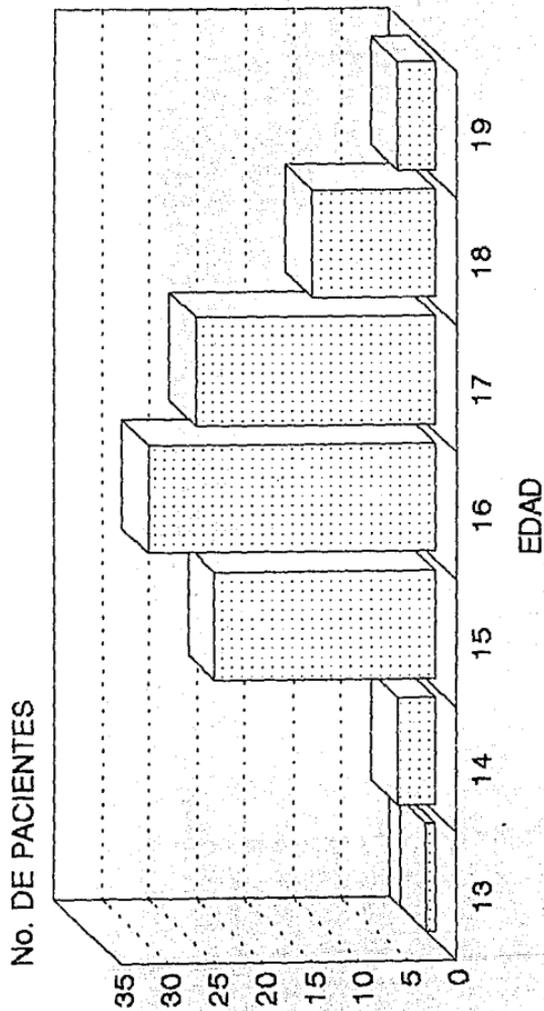
ESTADO CIVIL



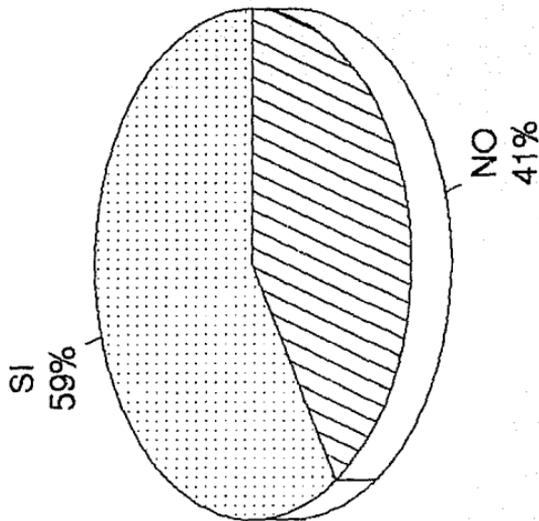
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA MENARCA



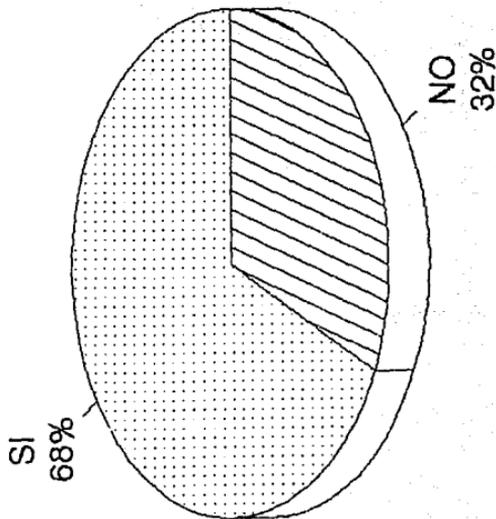
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA



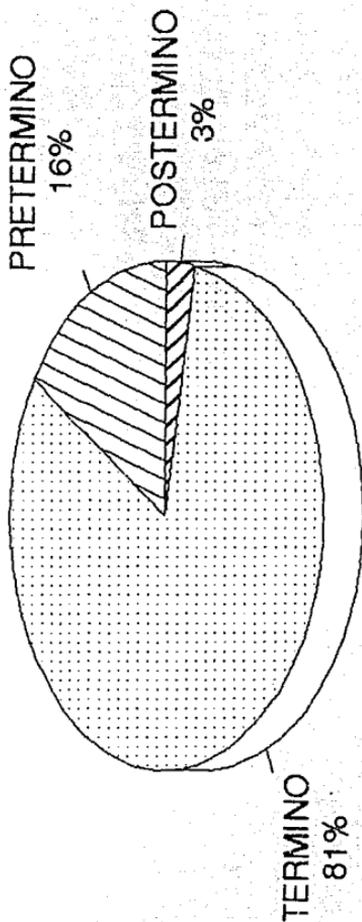
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DESEO DE EMBARAZO



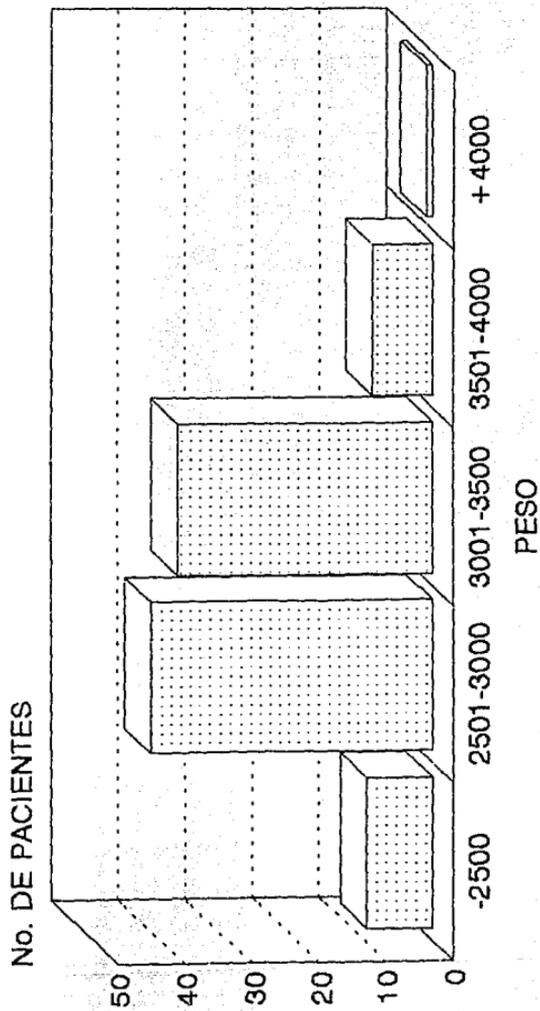
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA ATENCIÓN PRENATAL



EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EDAD GESTACIONAL

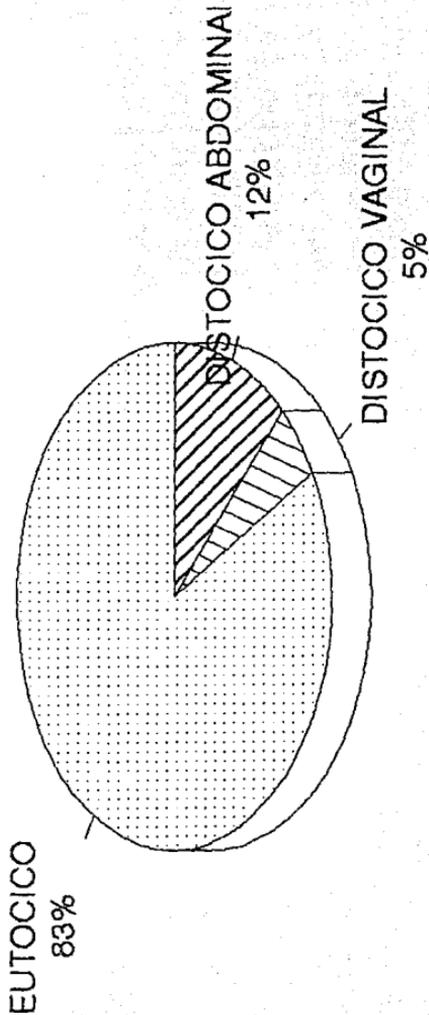


EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA PESO DEL PRODUCTO (gr)

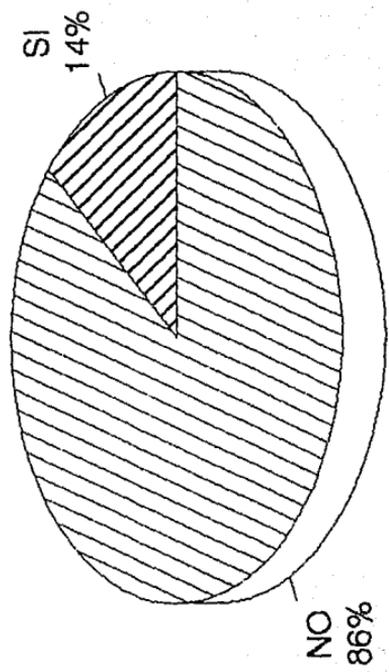


GRAFICA # 9

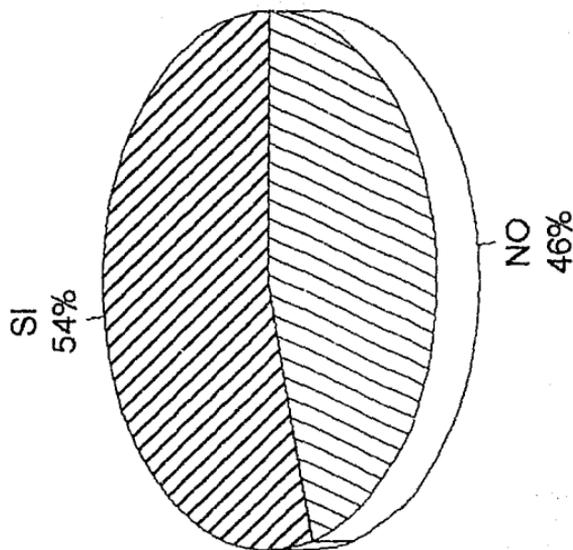
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA RESOLUCION DEL PARTO



EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA USO PREVIO DE METODO ANTICONCEPTIVO



EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EGRESO CON METODO ANTICONCEPTIVO (DIU)



DISCUSION

Se ha considerado que el embarazo en la adolescencia es de alto riesgo detectándose alta morbi-mortalidad materna y fetal, pero en nuestro estudio no hubo una alta morbilidad mucho menos mortalidad, no existiendo ninguna defunción materna ni fetal.

En Estados Unidos existe un cuidado prenatal insuficiente en el 35.9% de las adolescentes, cuando la atención prenatal se inicia tardíamente se incrementa el riesgo de tener fetos pequeños para su edad gestacional, en este estudio el 68% de las pacientes tuvieron un control prenatal adecuado.

En la mujer adulta se reporta la frecuencia de operación cesárea de un 20 al 30%, en la mujer adolescente se menciona entre un 46 y un 50%, en nuestro estudio la frecuencia fue de sólo un 12%, de este 12% el 41% fue a causa de desproporción céfalo-pélvica. En literatura Norteamericana el porcentaje por desproporción es del 33.4%.

Aunque algunos autores mencionan el bajo peso del recién nacido como complicación del embarazo en la adolescente, otros no encuentran diferencia, con lo que coincidimos en este estudio.

CONCLUSIONES.

- La incidencia del embarazo en adolescentes fue del 28%
- Los factores que predisponen al embarazo en la adolescencia es el inicio de vida sexual activa a temprana edad y el no uso de anticonceptivos.
- La mayoría de adolescentes tenían buena escolaridad, se encontraban en unión libre, menarca más frecuente a los 12 años, si deseaban el embarazo, y con atención prenatal adecuada.
- En las adolescentes estudiadas la mayor parte de los embarazos se obtuvieron por medio de un parto eutócico, con productos de término y con buen peso al nacimiento, además más de la mitad egresaron con método anticonceptivo.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Kably A. y Cols, Embarazo en la adolescente. Ginec-Obstet Mex 1982; 50;179.

2.- Aceves, F.I.: Problemas ginecoobstétricos. En: Martínez, M.R., y Novoa, N. J. (Eds.): La salud del niño y del adolescente, 1586-1596, vol. 2. Salvat, México, 1981.

3.- Ortiz, S.E.: La menarca en 5297 jóvenes mexicanas. Normalidades y riesgos. An Med Hosp ABC 1990; 35:128.

4.- Populations reports.: La juventud en la década de 1980: Aspectos sociales y de la salud. M, 9:1987.

5.- Populations report.: Protejiendo la vida de las madres: La salud materna en la comunidad. L, 7: 1988.

- 6.- Polit, D, Hungler, B: *Investigación científica en ciencias de la salud*. 2da. ed. Interamericana, 1987.
- 7.- Meklenburg, M: *The adolescent family program as a prevention measure public Health reports*. 1983; 98: 21.
- 8.- *Populations report.: Heathier mother an children through family planning*. J, 27:1984.
- 9.- Garn, S.: *Characteristics of the mother and child in teenage pregnancy*. *Am J Disease Child* 1883;13:365.
- 10.- Gigliola B, Donna MS, Wooddrow SD: *Definitions of high risk in pregnancy and evaluations of their predictive validity*. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148:781.
- 11.- Anyan, W.: *Adolescent medicine in primary care*. Wiley medical, 1978:258.
- 12.- Ortiz, SE.: *Embarazo en la adolescencia. Revisión de 840 casos clínicos. Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 59, octubre 1987; 179-184.
- 13.- Kanter H. PH.: *Anticoncepción en las adolescentes. Temas selectos de Ginecología y Obstetricia. Asociación Médica del Hospital ABC México*, 1980.
- 14.- Lee, Py. *Adolescent primigravidas and their obstetric performance*. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1983; 23:3.
- 15.- Villa-Villagrana, F.: *Embarazo a término en menores de 15 años. Revista de la Asociación Médica de Jalisco. Colegio Médico, A.C. vol. 7, num.2, abril-junio, 1994.*
- 16.- Velázquez, J.L.: *Redacción del escrito médico*. 2da. ed. *Hospital Infantil de México*, 1989.