

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

60.
24

HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARÍA DE SALUD

[Handwritten signature]

S. S. A.
"HOSPITAL DE LA MUJER"
DEPTO. DE EMERGENCIAS MEDICAS

MORBILIDAD MATERNA EN PACIENTES ADOLESCENTES

Revisión de un año, 1996

T E S I S

Investigador responsable:

M. C. MYRIAM PONCE AVILA

Para obtener el Diploma de Especialización en:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesor:

DR. ARTURO ESCOBEDO GARCÍA

México, D.F.
1999

1281820

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Doy gracias a Dios, por sentir
Su presencia Divina, llevándome
en sus brazos en los momentos
más difíciles de mi vida.*

*Con infinito agradecimiento:
a mis padres Margarita y Jesús,
que con su ejemplo de amor,
perseverancia y honestidad,
han sido el pilar fundamental
de mi existencia.*

*A Hugo con todo mi amor,
gracias por ser parte de
mi vida.*

*Huguito:
tus sonrisas, travesuras,
sabiduría e inocencia y la
pureza de tu alma, han sido
mi principal motivo de felicidad
y deseo de superación.
Que Dios te bendiga HIJO.*

*A mis hermanos:
Euclides, Jesús, Yesenia, y Yaneth,
a mi sobrino Yahir; gracias por
apoyarme en todo momento, los
quiero mucho.*

*A mis suegros:
Anita y Víctor, gracias de todo
corazón por su apoyo incondicional,
para que lograra concluir este
proyecto profesional.*

*A mis padrinos:
Carmen y Felipe, que siempre
han estado a mi lado, gracias
por sus consejos para seguir
adelante.*

*A todas las pacientes y a mis
Profesores de postgrado, mi
más sincero agradecimiento, sin
Ustedes, no habría sido posible
lograr este objetivo.*

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes y marco teórico.....	3
Justificación y planteamiento del problema.....	9
Objetivos.....	12
Pacientes y métodos.....	15
Resultados.....	17
Discusión.....	23
Conclusiones.....	28
Anexos.....	31
Bibliografía.....	48

INTRODUCCION

Se considera embarazo en la adolescencia a toda aquella gestación que ocurre en pacientes menores de 18 años. Estudios norteamericanos muestran como edad óptima para el embarazo el quinquenio de 20-24 años con un riesgo perinatal de un 23% más alto en madres menores de 20 años y un riesgo significativo de tener hijos con bajo peso al nacer en madres menores de 15 años.²³

Sin embargo, estudios latinoamericanos y nacionales como lo reporta el Dr. Herrera Lasso, de tomar en extremo jóvenes menores de 20 años, se tiende a disminuir la magnitud de los riesgos al incluir madres de 18 y 19 años, ya que se encuentran biológica y psicológicamente preparadas para el embarazo, habiendo encontrado que la edad óptima para el embarazo sería de los 18 a los 24 años. Así entonces es razonable considerar como de alto riesgo a las menores de 17 años que verdaderamente constituyen el grupo de embarazadas precoces.²⁴

Sabemos que la edad constituye un factor de riesgo para la morbilidad materna durante el embarazo, sobre todo cuando esto ocurre en pacientes menores de edad como en las adolescentes, entre las patologías más frecuentes se encuentran: la preeclampsia, la amenaza de parto pretérmino, la ruptura de membranas, las distocias, así como la anemia.

La adolescencia no consiste simplemente en un período de adaptación a los cambios corporales, sino en toda una fase decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica donde la sexualidad aparece en el primer plano de las preocupaciones y de las transformaciones que caracterizan esta etapa.²⁵

El inicio de la actividad sexual, sin una orientación adecuada y un conocimiento pleno de sus implicaciones, expone al adolescente a una serie de riesgos asociados con su función sexual y capacidad reproductiva, tales como experiencias sexuales traumáticas, enfermedades de transmisión sexual, a embarazos y sus consecuencias. La alta incidencia de embarazos en adolescentes obedece a la interacción de *múltiples factores, que actúan básicamente en función de las circunstancias particulares de cada individuo y de la influencia sociocultural del contexto al que pertenece.*²⁵

Durante la gestación es necesario evaluar cuidadosamente todo problema médico previo al embarazo, como la hipertensión arterial, enfermedades renales, diabetes u otras enfermedades, para coordinar la asistencia con un perinatólogo y con el médico tratante. En las adolescentes es probable que haya una distribución un tanto distinta de los problemas médicos, observándose cuadros de infección de vías urinarias, mayor incidencia de cervico-vaginitis, enfermedades virales y otras enfermedades de transmisión sexual.

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

El embarazo en la adolescente es un problema médico y fenómeno social de importancia creciente. Una atención oportuna puede resolver el riesgo propio del embarazo (la mayor parte de éstas pacientes son solteras y con inadecuado control prenatal), las carencias de esta etapa de la vida y la falta de recursos que presentan las pacientes puede frustrar las expectativas de la madre y su hijo, de tal forma que el embarazo en la adolescencia significa un problema social y médico. ^{1,2}

Las adolescentes corren mayor riesgo de obtener servicios de salud inadecuados y de sufrir problemas de salud, comunes en el embarazo, dificultades educativas y grandes necesidades económicas, el embarazo durante la adolescencia afecta lo socioeconómico, étnico, y cultural. ³

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante. A menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, por lo que vive una situación social de rechazo. ²⁵

La adolescente recibe influencia importante a través de los medios de comunicación, ya que la televisión y las películas representan una fuente importante de información respecto a la conducta sexual. Constituyen una influencia poderosa, el adolescente pasa en promedio un mínimo de 12 horas a la semana viendo televisión y siendo el blanco primario de mucha de la atención de la industria cinematográfica. Estos medios proporcionan modelos de atracción sexual; por ejemplo, hasta el 33% de los comerciales utilizan el atractivo sexual como principal método de venta. El mostrar la actividad sexual es común en todos los medios visuales, que casi siempre carecen de cualquier alusión al embarazo u otras consecuencias adversas como las enfermedades de transmisión sexual. 4

King y col. (1988), en un estudio canadiense informaron los resultados acerca de la conducta sexual de la adolescente y hallaron: la actividad sexual ocurre tempranamente; el uso de preservativos era irregular y más escaso en los grupos mejor educados. De los estudiantes de 14 a 15 años, el 21% de las mujeres y el 31% de los varones habían tenido por lo menos una relación sexual, hacia los 16 y 17 años de edad, las cifras eran del 44% en las mujeres y del 46% en los hombres. De los jóvenes que habían abandonado la secundaria entre el 84 y 89% habían tenido relaciones sexuales. 5

Como se ha visto, los adolescentes mexicanos usan poco los métodos anticonceptivos, esto refleja la falta de conocimiento de métodos

de planificación adecuados. La presencia de embarazos a edades tempranas se asocia con un nivel escolar bajo, con un limitado acceso al ámbito laboral y con una mayor probabilidad de incrementar la descendencia a corto tiempo. ^{6,7}

Dentro de los problemas médicos, tenemos que la embarazada adolescente presenta complicaciones tales como infecciones vaginales (*Chlamydia trachomatis*, *Tricomonas*, *Cándida*), Esto incrementa el riesgo de parto pretérmino, en el recién nacido bajo peso, conjuntivitis, neumonía. También el hecho de tener una pelvis con desarrollo incompleto, incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas. ^{8,9}

Al considerar los riesgos médicos en la adolescencia, muchas veces es difícil distinguirlos de los factores socioeconómicos y los de la edad. En un estudio prospectivo que se hizo en la Universidad de Kentucky con 406 pacientes de raza negra (54%) y blancas (46%), se encontró que la hipertensión (6.9%) y la preeclampsia (11.1%), eran los problemas médicos más comunes en la adolescente embarazada. ⁶

Doot y Fort analizaron 414 nacimientos en adolescentes menores de 15 años en Louisiana y hallaron mayor tasa de prematuridad, morbilidad infantil, que en la población general. Los neonatos de mayor riesgo provinieron de madres pobres blancas que habían recibido una asistencia prenatal mínima. Los problemas médicos en las adolescentes indigentes embarazadas, comprenden riesgos mucho mayores de anemia,

metrorragia anormal, toxemia, parto distócico y desproporción cefalopélvica. ¹⁰

Fielding informó que la cantidad de neonatos de bajo peso al nacer (< de 2,500g) en mujeres menores de 15 años es el doble (13.5%) que los de 20-24 años (6.9%), correlacionado a un inadecuado control prenatal. ¹⁰

En un estudio que se realizó en Hospital General "Gral. José Vicente Villada" del Edo. de México; se analizaron 302 embarazos en adolescentes, 69 con 12 a 15 años y 236 con 16 a 17 años en el momento del embarazo, contra un grupo control de 304 pacientes embarazadas con 18 a 39 años. No hubo diferencia significativa en cuanto a ocupación, control prenatal, semanas de gestación, incidencia de amenaza de aborto, toxemia, sangrado de la segunda mitad del embarazo, ruptura prematura de membranas, la proporción de partos y cesáreas, así como la aplicación de fórceps. ¹¹

Las indicaciones de cesárea mas comunes en las adolescentes fueron desproporción cefalopélvica (DCP) y sufrimiento fetal agudo (SFA), en los del grupo control fueron DCP y presentación pélvica. Se encontró diferencia significativa al comparar el peso, talla y Apgar en el grupo de 16 y 17 años con las mayores de 18 años, siendo mayor las del último grupo. No se encontró mayor incidencia de complicaciones, por lo que cuando existen se deben mas a factores sociales que a determinantes

biológicos, en cambio la diferencia en el peso y en Apgar en el grupo de adolescentes de 16 y 17 años se deben a desventaja biológica. ¹¹

El depósito corporal y la ganancia ponderal, quizás sea un problema particular en las adolescentes quienes continúan su crecimiento mismo durante el embarazo, lo que condiciona una competencia entre la madre y el feto para los nutrientes. ¹²

El embarazo en las adolescentes ocurre en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos. Datos de países europeos como Hungría, Rumania, Checoslovaquia, Polonia y Austria, reportan una incidencia general del 40% de embarazos en adolescentes, con límite de edad de 18 años y enfatizan el hecho de que cuando las adolescentes se agrupan por edades aparecen diferencias marcadas en la incidencia de prematuridad. En estudios efectuados en los Estados Unidos, se ha visto que en 10 años, el incremento de embarazos en pacientes jóvenes adolescentes ha sido hasta del 300%, lo mismo sucede en Europa occidental y sin lugar a dudas, está presente en Latinoamérica, quizá con un porcentaje más elevado, por ésta razón que la atención obstétrica de la adolescente en países en vía de desarrollo, tiene especial interés por la alta frecuencia con que vemos embarazos a temprana edad. ¹³

En un estudio retrospectivo del Dr. Ortiz, de 840 casos de adolescentes embarazadas, durante un lapso de 4 años, se registró que el 64% de las pacientes no tuvieron control prenatal adecuado; las

complicaciones transparto fueron: ruptura prematura de membranas (RPM), sufrimiento fetal, preeclampsia. Terminación del parto: Cesárea 25.5%, fórceps 10.1%, parto pélvico vaginal 1.5%. Complicaciones postparto: Médicas: endometritis, anemia, infección de vías urinarias. Quirúrgicas: desgarro transcesárea o transparto, dehiscencia de heridas quirúrgicas. Otras complicaciones: muerte materna 0.1%, óbito 2.3%, muertes neonatales 0.4%, malformaciones congénitas 0.3%, pacientes sin complicaciones postparto 88.6%. 1

En otro estudio realizado en el Hospital general de Tijuana, México, se incluyeron 602 mujeres y se dividieron en dos grupos de 301 cada uno, el grupo de adolescentes menores de 18 años (edad promedio 15.9 años), y el grupo de adultas de 18 a 32 años (edad promedio 24.6 años). En ambos grupos el control prenatal fue deficiente. Se obtuvo una mayor frecuencia de partos distócicos y/o cesáreas en las adultas, mientras que en las adolescentes, tuvieron un mayor índice de amenaza de aborto y aborto; los productos de las adolescentes tuvieron una edad gestacional promedio de 35.4 semanas, con mayor índice de complicaciones perinatales; el promedio de edad gestacional de los productos en las adultas fue de 38.4 semanas. Los productos de las adolescentes pesaron en promedio 200g menos que los de las adultas. 14

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años la población adolescente se ha incrementado de manera notable, por lo que actualmente representa el 23.2% de la población total del país. Para 1994 se estimaba una población de 20.9 millones de adolescentes, de los cuales 10.4 eran mujeres y 10.5 varones.²⁶

Una tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud del país es a menores de 24 años y el 13% a menores de 19 años. El embarazo en adolescentes es de los principales problemas en pediatría. Más de un millón de adolescentes entre 15 y 19 años, se embarazan cada año desde 1973. 4 de 10 adolescentes se embarazan como mínimo una vez durante su adolescencia. Eligen el aborto mas del 40% de estas mujeres cada año. ^{15,16}

Actualmente en México, más del 20% de la población general de embarazadas son adolescentes, por lo que el estudio de la gestación y sus consecuencias en éste sector es importante y llama la atención hacia ésta población. ¹³

Cuando la reproducción ocurre a edad temprana y al prolongarse el período fértil, la fecundidad resulta más alta y con menor espaciamiento entre embarazos. En México las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de cumplir los 18 años, algunas llegaron a tener

descendencia de aproximadamente 7 hijos, mientras las que tuvieron después de los 24 años suelen tener en promedio 4 hijos. ¹⁷

Generalmente el embarazo en la adolescencia es no deseado por lo que frecuentemente se recurre al aborto. Entre 1976 y 1992 un 30% de adolescentes embarazadas tuvo al menos un aborto; por las condiciones en que se realiza, pone en riesgo la salud e incluso la vida de la mujer que se somete a él. ¹⁷

Entre más joven es la adolescente cuando nace su primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores y menor el intervalo intergenésico, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser más drásticas. ¹⁸

A nivel psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas, en términos de reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se una con el padre de su hijo a consecuencia del embarazo, existe un mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio, que en parejas más maduras.

^{18,19}

Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo y maternidad durante la adolescencia, pueden resumirse bajo dos grandes rubros: aquellas que impactan a la salud, el crecimiento y desarrollo del

niño y las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente. 20

La educación de los adolescentes es necesaria por las siguientes razones: en su calidad de "padres del mañana", es importante crear conciencia cuando aún están formando sus ideas y criterios y porque las tasas de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual, en la actualidad, están aumentando en forma alarmante. Si se desea resolver éste problema, será necesario introducir la educación a la vida familiar. 6

Considero de utilidad éste estudio, porque en la actualidad el número de adolescentes que se embarazan es mucho mayor a pesar de la difusión de los diferentes Métodos de planificación familiar y de su distribución gratuita en todas las Instituciones de Salud Públicas. En nuestro Hospital existe un organismo llamado P.R.E.A. (programa educativo para adolescentes), el cual brinda apoyo psicológico, educación sexual, orientación sobre el cuidado del recién nacido y consejería en anticoncepción post evento obstétrico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la morbilidad materna y fetal en la adolescente embarazada y valorar la influencia de la edad materna en el embarazo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la incidencia de embarazadas adolescentes durante 1996 en el Hospital de la Mujer S.S.
2. Identificar el promedio de edad del grupo de adolescentes estudiadas.
3. Conocer el estado civil predominante en la población estudiada.
4. Conocer la ocupación predominante en las adolescentes embarazadas.

5. Determinar el grado de escolaridad promedio.
6. Determinar el uso de métodos de planificación familiar.
7. Conocer la edad de inicio de vida sexual y número de compañeros sexuales.
8. Determinar el número de gestaciones de las pacientes estudiadas.
9. Conocer que porcentaje de las pacientes adolescentes embarazadas llevaron control prenatal y el número de consultas prenatales a las que acudieron.
10. Correlacionar si influyó positivamente en la evolución y resolución del embarazo, el que hayan asistido a control prenatal.
11. Conocer las complicaciones más frecuentes de la adolescente durante el embarazo, parto y puerperio.
12. Identificar la edad gestacional al parto.

13. Conocer la vía para la obtención del producto más frecuente.
14. Identificar las indicaciones de cesárea más frecuentes.
15. Conocer el peso y Apgar del producto al nacimiento.
16. Conocer la mortalidad de la adolescente embarazada.

PACIENTES Y METODOS

Se efectuó un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud de la Cd. De México, D.F., del 1º de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1996.

Se tomaron en cuenta las embarazadas hasta de 17 años, ya que a partir de los 18 años se considera que están biológica y psicológicamente preparadas para el embarazo.²⁴ Por lo anteriormente señalado, se incluyeron todas las pacientes embarazadas menores de 18 años que recibieron atención obstétrica de cualquier tipo sin enfermedades preexistentes, durante el periodo de estudio mencionado, a todas se les realizó historia clínica, exploración física y estudios de laboratorio.

Se analizaron las siguientes variables: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, uso de métodos de planificación familiar, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, número de gestaciones, control prenatal, complicaciones médicas durante el embarazo, parto y puerperio, edad gestacional al parto, vía de obtención del producto, indicaciones de cesárea, peso y Apgar del recién nacido al nacimiento.

Se excluyeron del estudio aquellas adolescentes con enfermedad preexistente o crónica previa al embarazo, las que no terminaron su atención obstétrica en el Hospital y en las que el embarazo terminó en aborto de cualquier tipo.

RESULTADOS

De 12,290 pacientes que recibieron atención obstétrica en el Hospital de la Mujer durante el año de 1996, 1,156 de ellas (9.4%) fueron adolescentes, de las cuales, 121 (10.5%) terminaron en aborto; 25 pacientes se excluyeron del estudio por no cumplir los criterios de inclusión o por no encontrarse su expediente.

De las 1,156 adolescentes embarazadas, se incluyeron 1,010 pacientes. El rango de edad fue de 12 a 17 años, con una media de 16.2. (Gráfica 1)

En lo referente al estado civil, 499 (49.4%) viven en unión libre; 341 (33.8%) son solteras y solo 170 (16.8%) están casadas. (Gráfica 2)

Del total de pacientes incluidas en éste estudio, 952 (94.25%) se dedican al hogar; 24 (2.37%) son estudiantes; 18 (1.78%) son sirvientas; 12 (1.18%) son vendedoras ambulantes y 4 (0.39%) trabajan de secretarias. (Gráfica 3)

Hablando de escolaridad, 294 (29.1%) tienen secundaria completa; 274 (27.1%) con primaria completa; 229 (22.6%) con secundaria incompleta; 116 (11.4%) con primaria incompleta; 49 (4.8%)

estudiaron bachillerato incompleto; 32 (3.1%) son analfabetas y 16 (1.5%) con bachillerato completo. (Gráfica 4)

Del total de pacientes estudiadas, 956 (94.6%) no usaron método anticonceptivo; 18 (1.7%) usaron DIU; 17 (1.6%) tomaron hormonales orales; 10 (0.9%) usaron preservativo; 9 (0.8%) se aplicaron hormonales inyectables. (Gráfica 5)

Respecto al inicio de vida sexual, el rango de edad fue de 11 a 17 años, con una media de 15. (Gráfica 6)

En cuanto al número de compañeros sexuales, de las 1.010 pacientes, 888 (87.9%), tuvieron un solo compañero sexual; 98 (9.7%) dos parejas sexuales; 13 (1.2%) tres parejas y 11 (1%) tuvieron cuatro parejas o más. (gráfica 7)

El número de gestaciones, varió entre una y tres como máximo, encontrando 878 (86.9%) primigestas; 127 (12.5%) secundigestas y 5 (0.4%) trigestas. (Gráfica 8)

Respecto al control prenatal, 382 pacientes (37.8%) acudieron a menos de 5 consultas; 378 (37.4%) acudieron a 5 o más consultas; 250 (24.7%) no llevaron control prenatal. (Gráfica 9)

Al correlacionar, cual fue la evolución de los pacientes que llevaron control prenatal (5 consultas o más) y de las que no lo llevaron (0-4 consultas), se encontró lo siguiente: un total de 632 pacientes que no llevaron control prenatal (62.5%), de estas, 449 (71%) presentaron complicaciones y 183 (29%) no las presentaron.

Llevaron control prenatal un total de 378 (37.4%). De estas, 282 (74.6%) presentaron complicaciones y 96 (25.3%) no se complicaron.

Encontramos un índice global de pacientes con complicaciones médicas durante el embarazo del 58.6% (592 pacientes), presentando algunas de ellas más de una complicación distribuidas de la siguiente manera: infección de vías urinarias (IVU) en 210 pacientes (20.7%); anemia en 157 (15.5%); ruptura prematura de membranas en 129 (12.7%); amenaza de parto pretérmino en 128 (12.6%); preeclampsia leve en 90 (8.9%); cervicovaginitis en 76 (7.5%); preeclampsia severa en 44 (4.3%); presentación pélvica en 41 (4%); amenaza de aborto en 33 (3.5%), condilomatosis en 31 (3); retraso en el crecimiento intrauterino en 29 (2.8%); embarazo prolongado en 20 (1.9%); oligohidramnios y polihidramnios en 14 (1.3%); producto óbito en 7 (0.6%); eclampsia en 6 (0.5%); embarazo gemelar en 4 (0.3%); hiperemésis gravídica en 3 (0.2%) y productos con malformaciones congénitas en 3 pacientes (0.2%). (Gráfica 10)

En lo referente a las principales complicaciones durante el trabajo de parto se complicaron 416 pacientes (41.1%), presentando algunas de ellas más de una complicación distribuidas de la forma siguiente: desproporción cefalopélvica (DCP) en 150 pacientes (14.8%); sufrimiento fetal agudo (SFA) en 109 (10.7%); desgarros en el canal del parto en 108 (10.6%); prematuridad en 69 (6.8%); distocias en 55 (5.4%); desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) en 6 (0.5%); y prolapso de cordón en 1 (0.09%). (Gráfica 11)

Sobre las complicaciones en el puerperio, las más frecuentes fueron: anemia en 195 (19.3%); endometritis en 39 (3.8%); hipotonía uterina en 24 (2.3%); absceso de herida quirúrgica en 10 (0.9%); corioamnionitis en 3 (0.2%); retención de restos placentarios en 3 (0.2%); dehiscencia de histerorrafia en 2 (0.1%); tromboembolia pulmonar en 2 (0.1%); dehiscencia de episiorrafia en 1 (0.09%); mastitis en 1 (0.09%); y una paciente presentó síndrome de HELLP. Habiéndose complicado un total de 253 pacientes (25%) presentando algunas de ellas más de una complicación. (Gráfica 12)

Con respecto a la edad gestacional: se encontraron 885 pacientes (87.6%) con embarazo de término entre las 37 a 42 semanas; 96 (9.6%) con embarazo menor a las 37 semanas; 29 (2.8%) con embarazo mayor a las 42 semanas. (Gráfica 13)

Sobre la resolución obstétrica del embarazo: la mayor parte fueron eutocias en 615 casos (61%); 346 (34%) cesáreas y 49 (5%) con fórceps. (Gráfica 14)

Las principales causas de la cesárea fueron: DCP en 133 (38.4%); SFA en 69 (19.4%); preeclampsia severa o eclampsia en 39 (11.2%); presentación pélvica en 31 (8.9%); período intergenésico corto con cesárea anterior en 29 (8.3%); ruptura prematura de membranas (RPM) en 16 (4.6%); condilomatosis en 11 (3.1%); falta de progresión en el trabajo de parto en 5 (1.4%); oligoamnios severo en 5 (1.4%); embarazo gemelar en 5 (1.4%) y DPPNI en 3 pacientes (0.8%). (Gráfica 15)

En lo que se refiere al peso de los productos: 881 productos (87.2%) pesaron entre 2,500 a 3,900g.; 128 (12.6%) pesaron menos de 2,500g. y 6 (0.5%) pesaron más de 3,900g. (Gráfica 16)

Con respecto a la calificación de Apgar, el 94% (955 recién nacidos) se encontraron con 7 a 10 al minuto y a los 5 minutos por lo que no requirieron de maniobras de reanimación; 47 (4.6%) tuvieron Apgar de 4 a 6 al minuto, de los cuales 26 (55.3%) se recuperaron con Apgar de 7 o más a los 5 minutos, 17 se mantuvieron entre 4 a 6 y 4 no fueron valorables a los 5 minutos por encontrarse bajo maniobras de reanimación, y 6 recién nacidos (0.5%), tuvieron hipoxia grave con Apgar

de 1 a 3 al minuto, encontrándose intubados a los 5 minutos. Un 0.6% (7 productos) fueron óbitos. (Gráfica 17)

DISCUSION

En este estudio encontramos la incidencia del 9.4% de embarazadas adolescentes; lo cual fue inferior a lo publicado por Fernández del Hospital Materno-Infantil de Inguarán en 1995 (13%). En Tijuana, Valdéz reporta una incidencia del 10%.^{14,15}

El rango de edad encontrado fue de 12 a 17 años con una media de 16.2, lo cual coincide con lo reportado con Miam del IMSS en 1995 con un rango de 14 a 17 años, con una media de 16.3.²¹

Con respecto al estado civil, Valdéz reporta un 20% de solteras, un 63% en unión libre y un 17% de casadas, encontrando en éste estudio un 34% de solteras, 49% en unión libre y coincidiendo con Valdéz un 17% de casadas.¹⁴

Así mismo Valdéz reporta que el 92% se dedicaba al hogar, muy similar al 94% encontrado en éste estudio.¹⁴

Se registró un promedio de escolaridad de 5.4 años, siendo menor que lo reportado por Valdéz en Tijuana, encontrando un promedio de 7.3 años de escolaridad.¹⁴

En éste estudio un 94% no usó método anticonceptivo, siendo más alto éste porcentaje que lo publicado por García en la Cd. De México en 1992 (79%).⁶

La edad en la que iniciaron vida sexual activa fue en promedio 15 años. Reportando Valdéz una edad promedio de 14.7 años, y García encontró una edad promedio de 17 años.^{14,6}

Se aprecia gran diferencia de lo publicado por Michael Lindsay en un estudio hecho en los Estados Unidos, en el que encuentra un 43% con un compañero sexual, comparado con el 87% encontrado en éste reporte. Lindsay encuentra que el 11% tuvieron 4 o más parejas en contraste con el 1% de éste estudio.²²

Respecto al número de gestaciones obtuvimos resultados similares a los reportados en el estudio de Miam, ambos con un rango de 1 a 3 y una media de 1.1 y 1.2 respectivamente.²¹

Ortiz de México, en un estudio de 840 embarazadas adolescentes, encontró que el 64% no llevaron control prenatal, Valdéz reporta el 67% y Miam un 68%; en nuestro estudio se encontró un 24% que no llevó control prenatal, sin embargo junto con las que tuvieron control prenatal inadecuado con menos de 5 consultas, resulta un 61%.^{1,14}

De la literatura consultada, no encontramos en ningún estudio alguna correlación entre la evolución de las pacientes que habían asistido a control prenatal y en las que no lo llevaron. En éste estudio se complicaron en un mayor porcentaje las pacientes que llevaron control prenatal, aunque cabe resaltar que dichas complicaciones fueron menos graves que las presentadas por las pacientes que no lo llevaron, esto seguramente es debido a que se diagnosticaron más patologías, pero oportunamente en aquellas que recibieron atención prenatal.

La complicación médica principal durante el embarazo que se encontró en éste estudio fue la infección de vías urinarias en un 21%, siendo inferior a lo reportado por Valdéz (25%). Miam en su estudio encontró como complicaciones más frecuentes la preeclampsia (11.9%), RPM (8.7%) y anemia (5.5%); en éste estudio IVU (21%), anemia (15%) y ruptura prematura de membranas (12%).^{14,21}

De las complicaciones durante el trabajo de parto, las más frecuentes que encontró Ortiz son: ruptura prematura de membranas en un 13.2%, sufrimiento fetal agudo en un 10.5% y preeclampsia en un 9.1%. Miam encontró prematurez (18.4%), DCP en un 12.4% y SFA en un 5%. En éste estudio se encontró DCP en 14.8%, SFA en 10.7% y desgarros en el canal del parto en un 10.6%. prevaleciendo el SFA en los tres estudios.

^{1,21}

Ortiz encontró como principales complicaciones postparto: endometritis, anemia e infección de vías urinarias. En éste trabajo encontramos anemia (19.3%); endometritis (3.8%) e hipotonía uterina (2.3%).^{1,1,21}

Encontramos que el 87.6% de las pacientes tuvieron productos de término, siendo mayor el porcentaje en éste estudio que lo reportado por otros autores mexicanos (70%).^{14,15,21}

Respecto a la resolución obstétrica encontramos: un 61% por eutocia, 34% por cesárea y 5% por fórceps. Miam reporta un 66%, 32% y 0.9% respectivamente. Valdéz reporta 76%, 22% y 0.8% respectivamente.^{14,21}

Las indicaciones más frecuentes para la cesárea en éste estudio fueron DCP (38%), SFA (19%) y preeclampsia-eclampsia (11%). Miam encontró DCP 11%, presentación pélvica 4% y preeclampsia severa 3%. Valdéz reporta: antecedente de cesárea previa 10%, DCP 4% y preeclampsia severa 1%. Coincidiendo en los tres estudios la DCP y la preeclampsia.^{14,21}

Respecto al peso del producto, se encontró en éste estudio un 87% con peso de 2,500 a 3,900g, reportando Miam un 80%. Con peso menor de 2,500g Miam reporta un 17% encontrando nosotros un 12%.²¹

Sobre el Apgar en éste estudio se encontró que un 94% obtuvo de 7 a 10, un 4.6% de 4 a 6, 0.5% de 1 a 3, similar a lo reportado por Miam, un 93%, 4.1% y 0.9% respectivamente. En éste estudio 0.6% fueron óbitos, siendo menor a lo encontrado por Miam (1.8%).²¹

CONCLUSIONES

1. La incidencia de embarazo en adolescentes fue de 9.4%.
2. El rango de edad fue de 12 a 17 años con un promedio de 16.2 años.
3. En relación al estado civil, predomina la unión libre con 49%, quedando en segundo lugar las solteras con 34%.
4. El 94% de las adolescentes de éste estudio se dedican al hogar.
5. La escolaridad promedio en éste estudio fue de 5.4 años.
6. Respecto al uso de métodos para el control de la fertilidad, el 94.6% no usaron método alguno.
7. La edad promedio para el inicio de relaciones sexuales fue de 15 años y el 88% refirieron un solo compañero sexual.
8. En cuanto al número de gestaciones, la gran mayoría eran primigestas (86.9%).

9. El 25% de las pacientes no llevaron control prenatal, el 38% recibieron menos de 5 consultas y el 37% acudieron a consulta en 5 o más ocasiones.

10. De las que llevaron control prenatal un 74.6% se complicaron y de las que no tuvieron asistencia prenatal se complicó un 71%.

11. Las complicaciones durante el embarazo fueron: Infección de vías urinarias, anemia, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y preeclampsia leve. En el trabajo de parto fueron: desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo y desgarros en el canal del parto, así mismo en el puerperio: anemia, endometritis e hipotonía uterina.

12. El 87.6% al momento de la resolución obstétrica se encontraban entre las 37 y 42 semanas de gestación.

13. Debemos enfatizar que la mayoría de los embarazos en adolescentes analizados aquí terminaron en eutocia (61%).

14. Las indicaciones más frecuentes para la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (38%), sufrimiento fetal agudo (20%), preeclampsia-eclampsia (11%) y presentación pélvica 9%.

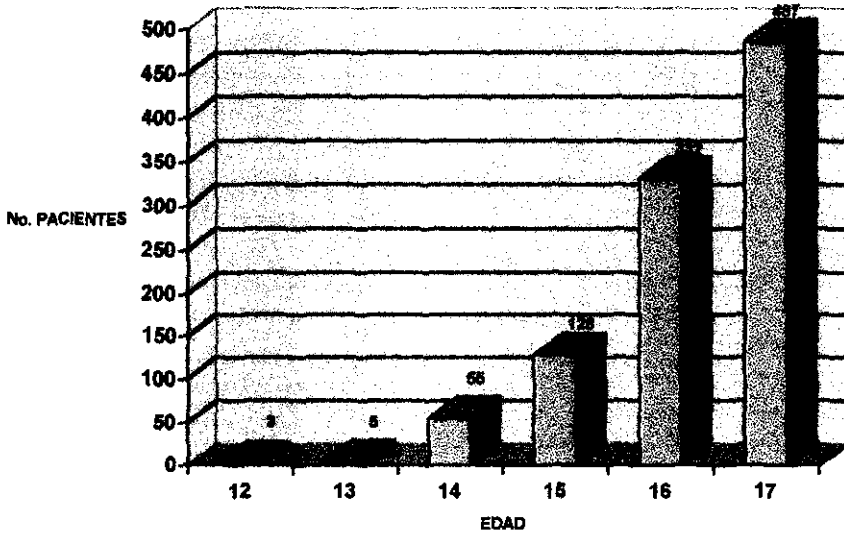
15. El 87% presentó peso al nacer entre los 2,500 a 3,900g, el 12% se obtuvieron con peso menor a 2,500 y 1% pesaron más de 3,900g. El 94% se obtuvieron con calificación de apgar entre 7 a 10 al minuto y a los 5 minutos.

16. El índice de mortalidad en este estudio fue de cero.

ANEXOS

Gráfica 1

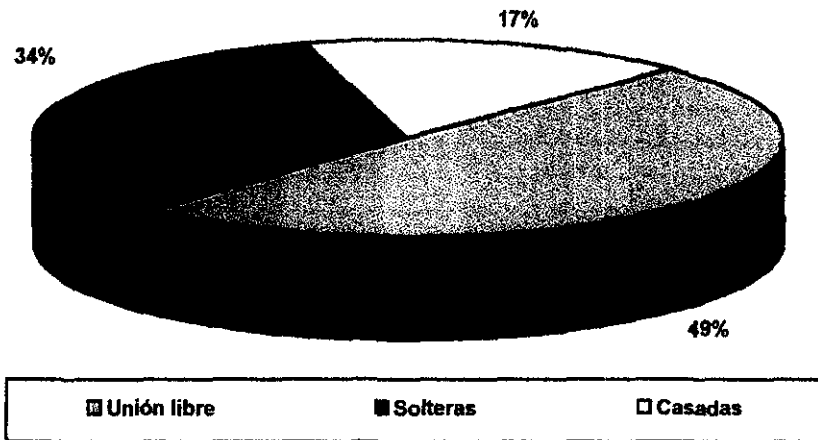
EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 2

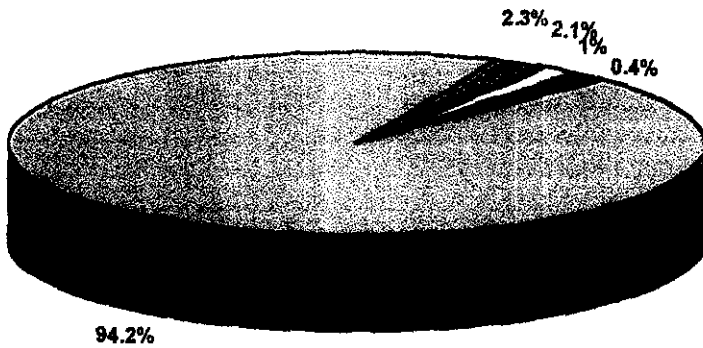
ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 3

OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

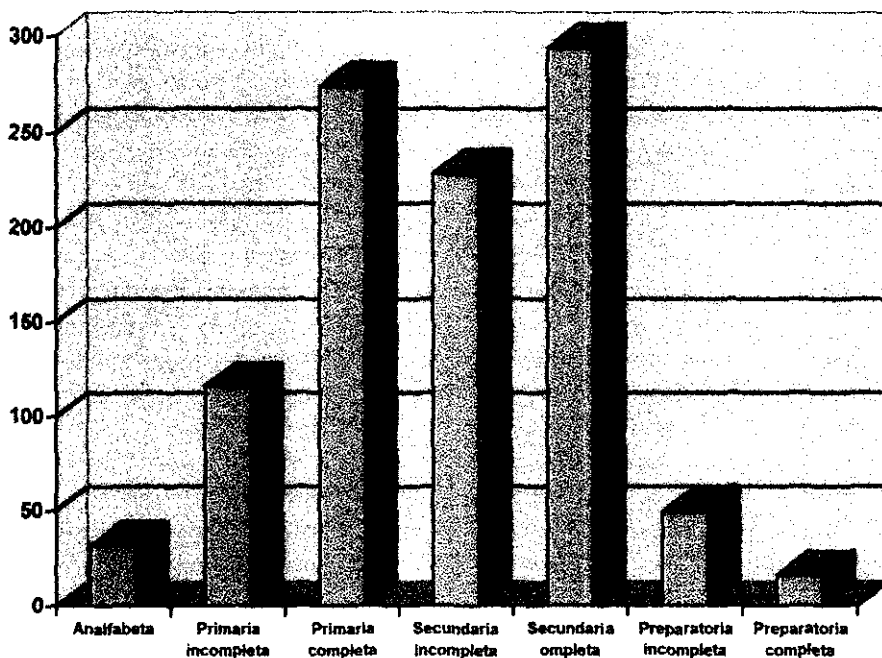


HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 4

ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

No. Pacientes

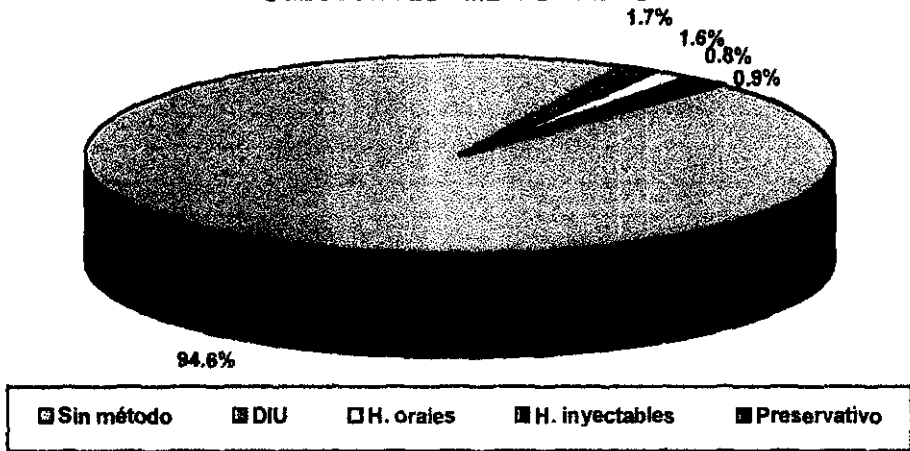


Escolaridad

HOPSITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 5

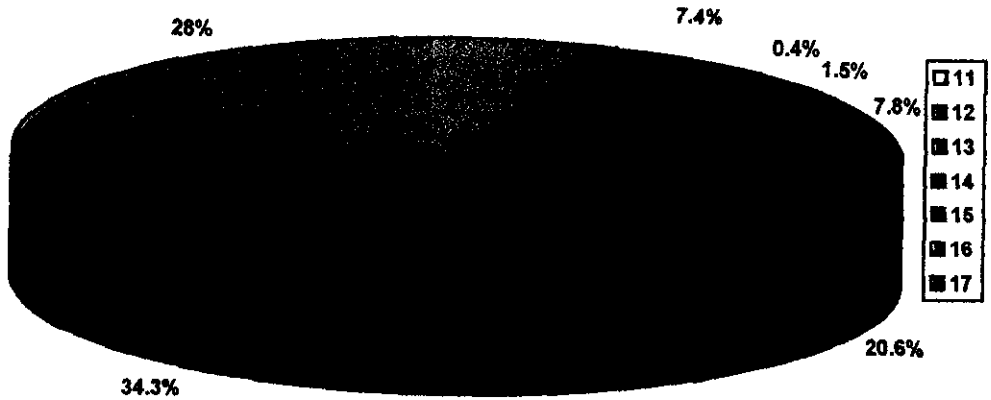
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 6

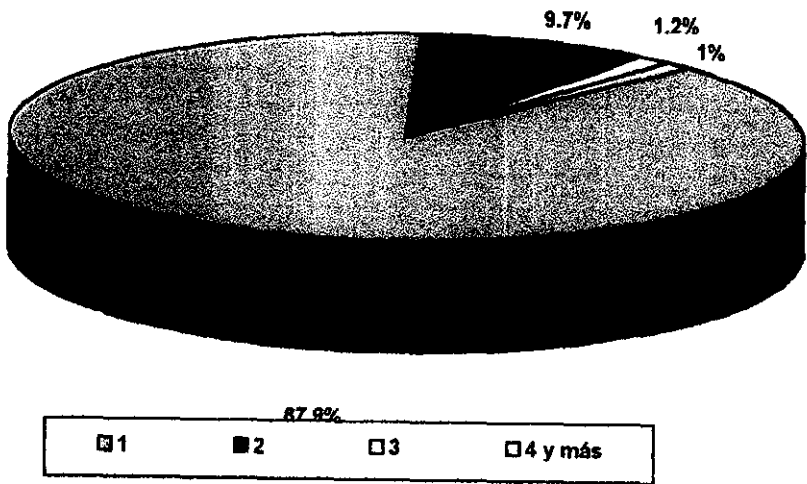
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 7

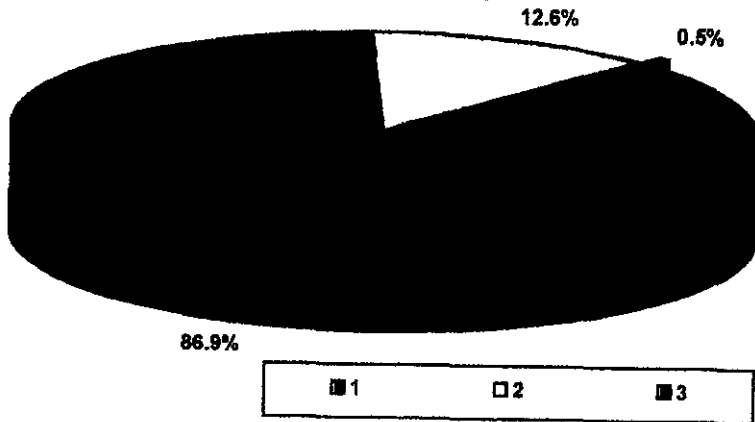
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

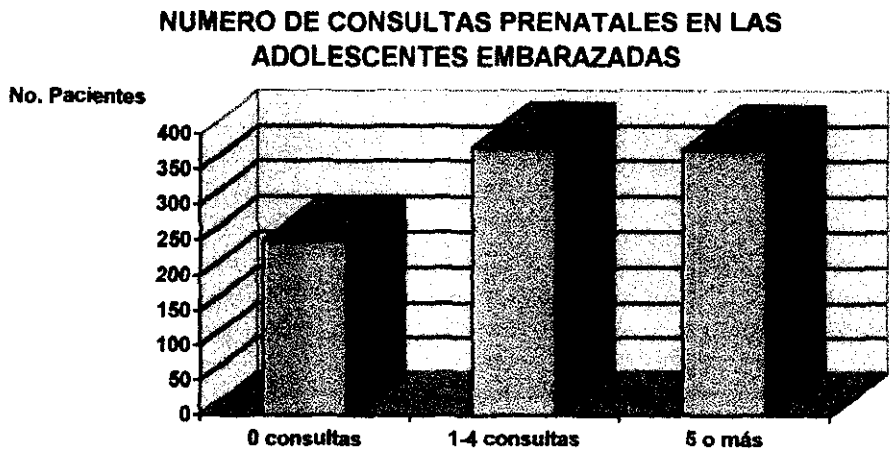
Gráfica 8

**NUMERO DE GESTACIONES EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS**



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

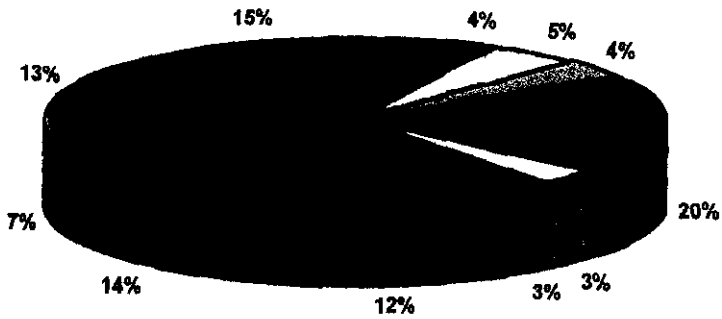
Gráfica 9



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 10

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

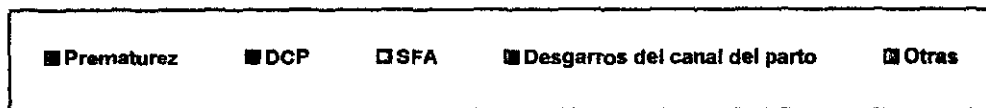
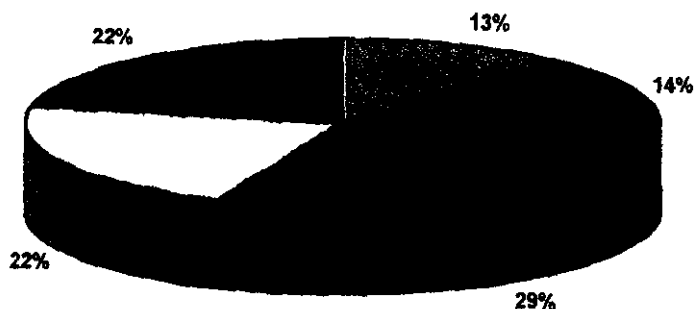


■ Amenaza de aborto	■ IVU	□ Conditomas
■ RCIU	■ APP	■ Preeclampsia-Eclampsia
■ Cervicovaginitis	■ RPM	■ Anemia
■ Presentación pélvica	□ Otras	

HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 11

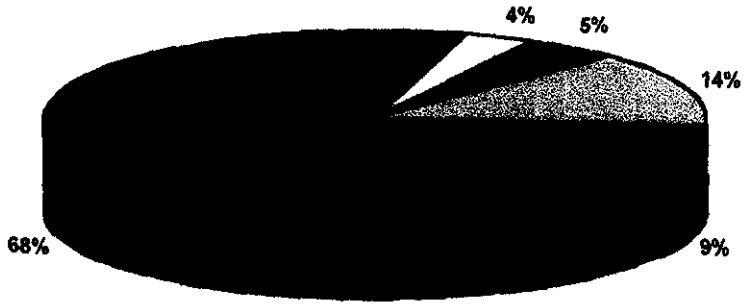
COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN LAS ADOLESCENTES



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 12

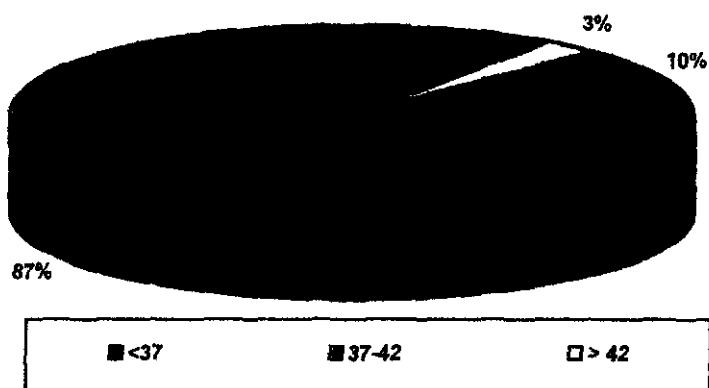
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN ADOLESCENTES



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 13

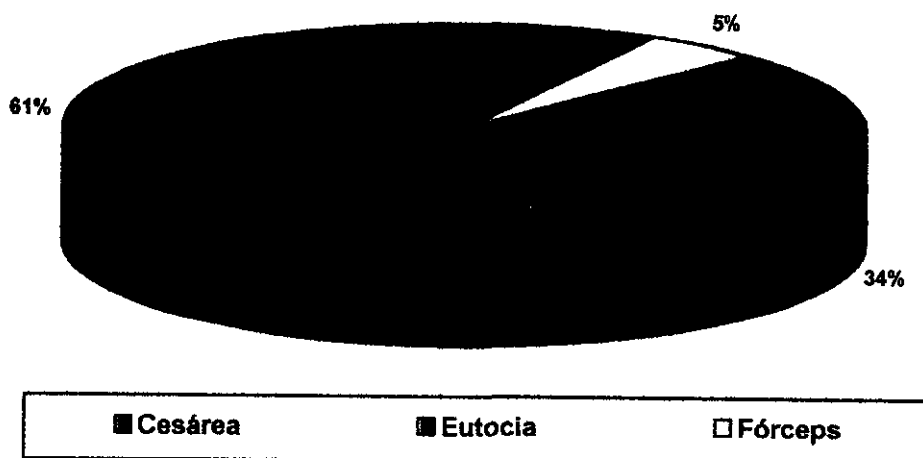
EDAD GESTACIONAL AL PARTO EN ADOLESCENTES



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 14

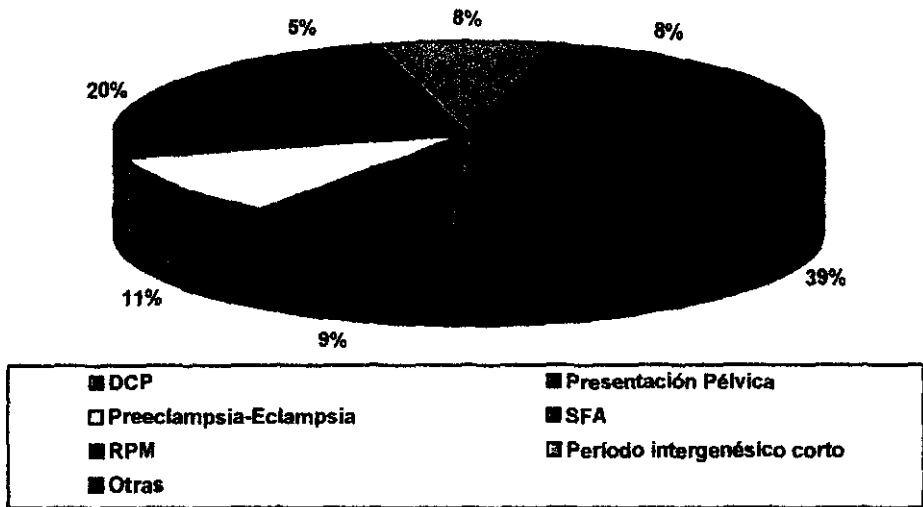
VÍA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 15

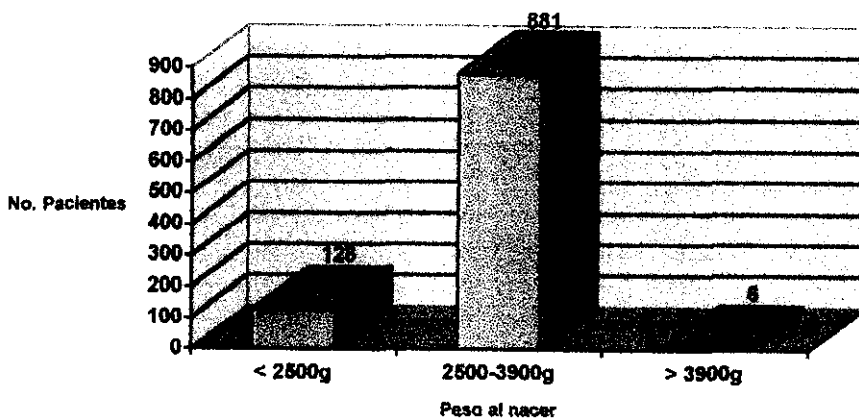
INDICACIONES PARA CESÁREA EN ADOLESCENTES



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 16

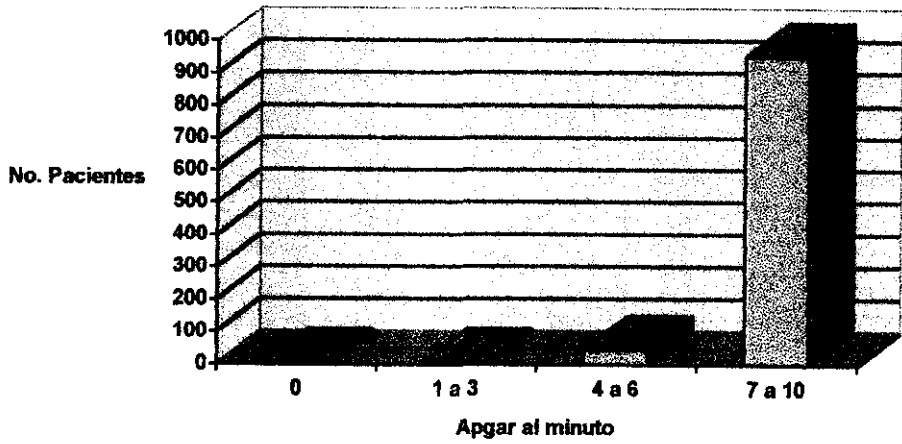
PESO AL NACIMIENTO DE LOS PRODUCTOS DE ADOLESCENTES



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

Gráfica 17

APGAR AL MINUTO EN HIJOS DE ADOLESCENTES



HOSPITAL DE LA MUJER, 1996

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz S.: **Embarazo en adolescencia, revisión de 840 casos clínicos.** Ginecología y Obstetricia de México. 1991; 59: 289-91.
2. Dorothy R.H., Felice M.: **Teenage pregnancy: a multiracial sociologic problem.** Am J. Obster Gynecol; 1986; 155: 741-6.
3. Martín R.R., Delgado H.: **Embarazo en la adolescente.** Ginecología y Obstetricia de México; 1988; 58: 221-4.
4. Brown R. et. al.: **Sexualidad de la adolescente y anticoncepción.** Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Vol 1; 1992: 192.
5. Blake J. **Ginecología pediátrica y de la adolescente.** Copeland. Ginecología 1994; 605.
6. García J., Baltazar J. **Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México.** Salud Pública México 1992; 34: 413-26.
7. Tiburcio T. Avila H. **Embarazo en la adolescencia: influencia de algunos atributos sociales.** Perinatol Reprod Hum. Vol. 9.No.1, enero-marzo 1995; 37-45.
8. Albert J. Steve C. **Delay in obstetrical care in newly diagnosed teenage pregnancy.** Clinicals pediatrics. December 1991. Vol. 30. No. 12; 661-3
9. Scholl, T. Hediger M. **Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: A review and meta-analysis.** Journal of adolescent health; 1994; 15: 444-56.
10. Burrows G., Fems T.: **Complicaciones médicas durante el embarazo.** Segunda edición; 1994; 591-609.
11. Toro R.: **Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de apgar con la publicación general.** Ginecología y obstetricia de México; 1992; 60: 291-5
12. Theresa O., School M.: **Weight gain during pregnancy in adolescent: predictive, ability of early weighth gain.** Obstetrics Gynecology; 1990; 75: 948-53.

13. Rivera H.S.: **Estudio comparativo en la educación y resolución del evento obstétrico entre primigestas añosas y adolescentes en el Hospital de la mujer.** Tesis; 1995; 2-5
14. Valdéz B.F., Valle V.O.: **Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta.** Ginecología y Obstetricia de México; 1996; 64: 209-13.
15. fernández P., Avila R.: **Problemas perinatales del embarazo en edad precoz.** Revista de salud del Distrito Federal; 1995; 3 (3): 51-4.
16. Gretchen V., O'Connor K.: **Adolescent abortion: Views of the membership of the American Academy of pediatrics.** Pediatrics; 1993; 91: 561-5.
17. Revista de la UNIFEM, Fondo de Naciones Unidas para la Mujer.: **La Mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX.** UNIFEM, México; 1995.
18. Atkin L. C., Pick de Werss S.: **Antecedentes psicosociales del embarazo en la adolescencia.** Perinatol Reprod Hum. 1989; 3 (5); 152-8.
19. Atkin Z.L., Givaudan M.M.: **Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana.** Temas selectos en Reproducción Humana. INPer. 123-33..
20. Arastey J., González M.A., Esteban J.: **Embarazo en edades extremas: I. Gestación en adolescentes.** Rev. Esp. Obt. Gin. 1988; 47: 139-48.
21. Miam P.L.: **Morbilidad materna en pacientes embarazadas adolescentes. Análisis de 217 casos en el Centro Médico Nacional "El Fénix" IMSS.** Tesis; 1995; 8-9.
22. Lindsay M., Johnson N.: **Human immunodeficiency virus infection amon inner-city adolescent parturients undergoing routine voluntary screening, July 1987 to March 1991.** Am. J. Obstet Gynecol; 1992; 167: 1096-9.
23. Oliva C.J.: **Embarazo en la adolescencia. Análisis de 455 casos revisados en el Hospital de la Mujer de la SSA, del 1° de enero al 30 de abril de 1986.** Tesis; 1988; 13-5.
24. Herrera L.: **Embarazo en la adolescencia.** Rev. Ginec. Y Obstet. de México. 1980; 285 (48); 59-68.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

25. Secretaría de Salud.: **Curso para la atención a la salud reproductiva en los adolescentes.** Dirección General de Planificación familiar. Mayo, 1994; 47-98.
26. Secretaría de salud.: **Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.** Programa de reforma del Sector Salud. p. 4-30.