

11217144  
24/1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

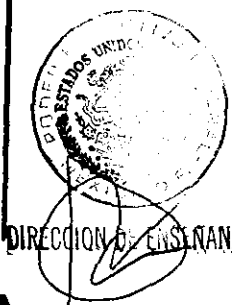
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**TRAUMA OBSTETRICO EN LOS PRODUCTOS  
OBTENIDOS POR PARTO VAGINAL Y LESIONES  
DEL CANAL DEL PARTO EN LA PACIENTE  
ADOLESCENTES Y SU COMPARACION CON LA  
PACIENTE ADULTA**

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
E S P E C I A L I S T A E N :  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



R E S E N T A :  
DR. SERAFIN ROMERO HERNANDEZ



MEXICO D. F.

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

275427



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).

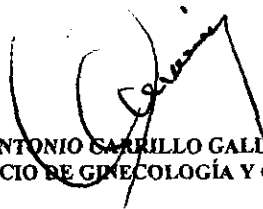
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**TRAUMA OBSTÉTRICO EN LOS PRODUCTOS OBTENIDOS  
POR PARTO VAGINAL Y LESIONES DEL CANAL DEL PARTO  
EN LA PACIENTE ADOLESCENTES Y SU COMPARACIÓN CON  
LA PACIENTE ADULTA**

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

**RESPONSABLE DEL PROYECTO: DR. SERAFÍN ROMERO HERNÁNDEZ  
TUTOR DE TESIS: DR. ARTURO JUÁREZ AZPILCUETA  
JEFE DE SERVICIO: DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO**

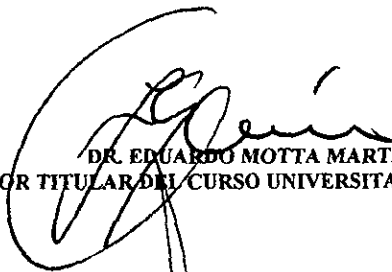
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
SECRETARÍA DE SALUD  
UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA



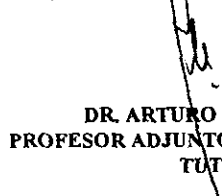
DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO  
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. ARMANDO VALLE GAY  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA.

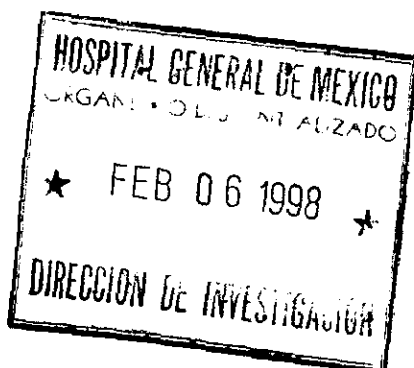


DR. EDUARDO MOTTA MARTÍNEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO



DR. ARTURO JUÁREZ AZPILCUETA  
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE POSTGRADO  
TUTOR DE TESIS

**ESTA TESIS QUEDO REGISTRADA EN LA  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
DE LA SECRETARIA DE SALUD  
CON LA CLAVE: DIC/98/406B/03/008 EL DÍA 23 DE  
ENERO DE 1998.**



## DEDICATORIA

*A MIS PADRES Y A MI FAMILIA, POR TODO LO QUE SIMBOLIZAN EN MI, Y POR EL CARIÑO QUE ME TIENEN.*

*A, ISMAEL, YOLANDA, CONNIE, ENRIQUE Y EMMA; POR TODO LO QUE COMPARTIMOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL; QUE ADEMÁS DE SER LA MEJOR GUARDIA SOMOS PARTE DE UNA PEQUEÑA FAMILIA QUE JUNTOS FORMAMOS. CONTINÚEN TRIUNFANDO NO SOLAMENTE EN LO ACADÉMICO SINO TAMBIÉN EN LO HUMANO.*

*A TODOS MIS COMPAÑEROS RESIDENTES, PORQUE ADEMÁS DE COMPAÑEROS SON AMIGOS.*

*AL DR. JOSÉ F. PASTELIN, POR SER ESE ÁNGEL DE LA GUARDA QUE SIEMPRE HA ESTADO A MI LADO Y ME HA ENSEÑADO LA PARTE HUMANA QUE CADA UNO DE NOSOTROS PODEMOS TENER.*

*A PACO ARMADA POR SER MI COMPAÑERO Y AMIGO DE MIL BATALLAS Y MISMO IDEALES; GRACIAS!*

*AL DR. ANTONIO CARRILLO POR LA AMISTAD QUE ME BRINDA Y LOS CONSEJOS QUE ME DA, PORQUE CON EL HE APRENDIDO A SER JEFE Y AMIGO.*

*AL DR. EDUARDO MOTTA, POR SER COMO ES, QUE SIGA CONSERVANDO ESE ESPÍRITU TAN JOVEN.*

*A MIS PROFESORES, POR TODA SU ENSEÑANZA, YA QUE SIN ELLOS NO ESTARÍAMOS LEYENDO ESTO.*

*¡ GRACIAS A TODOS USTEDES !*

## **ÍNDICE**

- 1.- RESUMEN**
- 2.- INTRODUCCIÓN**
- 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- 4.- JUSTIFICACIÓN**
- 5.- HIPÓTESIS**
- 6.- OBJETIVOS**
- 7.- MATERIAL Y MÉTODO**
- 8.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**
- 9.- RESULTADOS**
- 10.- DISCUSIÓN**
- 11.- CONCLUSIONES**
- 12.- BIBLIOGRAFÍA**
- 13.- ANEXOS**

## RESUMEN

En diferentes estudios se ha visto que hay un aumento significativo de trauma obstétrico en los recién nacidos de madres adolescentes, sin embargo, también existe la contraparte en la cual no se encuentra diferencia significativa en la comparación en los productos de madres adolescentes y madres adultas.

El objetivo del presente estudio fue la comparación del parto vaginal, en la paciente adolescente y en la adulta y su relación con el trauma obstétrico y las lesiones del canal del parto.

Se estudiaron dos grupos de pacientes, uno de 10 a 18 años y otro de 19 a 35 años; ambos grupos primigestas, con embarazo de término y en trabajo de parto y que durante su internamiento se atendieron parto vaginal. Se les realizó un cuestionario que cubre diferentes aspectos del binomio, obteniendo la información de la atención del parto y del producto del expediente clínico. El análisis estadístico se realizó mediante prueba de T de Student para muestras dependientes; y para variables cualitativas se utilizó la prueba de  $\chi^2$  así como también, un análisis bivariado utilizando razón de momios para determinar el riesgo entre los dos grupos.

Los resultados encontrados fueron: de un total de 144 casos y 199 controles, se obtuvo una  $p = .37$  y una razón de momios de .73 para trauma obstétrico. Lesiones del canal del parto se encontraron en 13 adultas y en 4 adolescentes con una  $p = .18$  y Odd ratio de .40. La edad promedio para las pacientes adultas es de 22 años y de 16 años para las adolescentes.

La conclusión a la que llegamos, es que no existe diferencia estadísticamente significativa de trauma obstétrico en los productos de madres adolescentes, ni mayor número de lesiones del canal del parto, en su obtención por vía vaginal en comparación con el mismo evento en madres adultas.



## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la paciente adolescente se ha visto incrementado en forma importante a nivel mundial.(1). Nuestro medio no escapa a este evento; muchas son las causas de esta situación en la que destaca el nivel socioeconómico, cultural, así como una educación sexual deficiente entre otros. Con este aumento del embarazo en las adolescentes también se incrementa la morbimortalidad perinatal, así como también la vía de resolución del embarazo se ve modificada, aumentando el índice de la operación cesarea; esto al parecer esta determinado por la probable inmadurez biológica de la madre adolescente, hecho que no ocurre con la paciente adulta.(2,3).

Definiendo la Organización Mundial de la Salud en su subdelegación del Comité para los problemas de Salud del adolescente, en donde se diferencia entre adolescencia temprana (10-14 años) y tardía (15-19 años).(4).

El embarazo de la adolescente se ha considerado como una condición de alto riesgo por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas que presenta en comparación con la población adulta. Describiéndose en este grupo una mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica (DCP), anemia materna, preeclampsia, bajo peso del recién nacido, trauma obstétrico aumentado y lesiones del canal del parto.(5,6).

Definiendo como trauma obstétrico todas aquellas lesiones internas o externas provocadas por el parto en el recién nacido, teniendo en el producto desde fracturas de alguna estructura del cráneo o huesos largos de las extremidades (fémur, húmero, etc.), hasta lesiones como son cefalohematomas y marcas en cara.(7).

Entre las lesiones o laceraciones del canal del parto que son de vagina y periné, las cuales se clasifican como de primero, segundo y tercer grado. Las laceraciones de primer grado son aquellas que afectan el pliegue mucomembranoso de la comisura posterior de la vulva, la piel perineal y la mucosa vaginal pero no la fascia y el músculo. Las laceraciones de segundo grado afectan además de la piel y la mucosa, la fascia y los músculos del cuerpo perineal, pero no el esfínter rectal. Estos desgarros suelen extenderse longitudinalmente a uno o ambos lados de la vagina formando una lesión triangular e irregular. Las laceraciones de tercer grado se extienden a través de la piel, mucosa y cuerpo perineal, y afectan el esfínter anal. Se describe en la literatura una prevalencia de trauma obstétrico en las pacientes obstétricas del 8%.(8).

Sin embargo algo curioso es que este tipo de hallazgos no han sido reproducidos consistentemente, así tenemos que investigadores como Roopnarinesingh y cols, en un estudio en el cual incluyeron a más de 3300 embarazadas adolescentes, no encontraron diferencias en la frecuencia de complicaciones obstétricas al compararlas con la población adulta.(9).

Tenemos también como base de comparación, otros estudios como los reportados por el colegio Americano de Pediatras en los que sí encuentran una diferencia significativa entre problemas al nacimiento de los productos de madres adolescentes y adultas que va del 6% al 20%, en estos porcentajes se incluyen los relacionados al trauma obstétrico del recién nacido de madres adolescentes (10).

En un estudio realizado en 1987 por Hardy y cols, encontraron un porcentaje alto de problemas obstétricos, entre los que se encontraba el trauma obstétrico del recién nacido, así como aumento de la operación cesárea hasta de un 23% en relación con la edad menor a los 18 años, así como mayor mortalidad perinatal.(11). Gordon en 1991 también reporta un aumento de la operación cesárea en madres adolescentes (12).

Suraiya y cols en 1986 describen de un total de 3471 embarazadas adolescentes captadas en un periodo de 4 años que la paciente adolescente acude con menor frecuencia a un control prenatal (23%) así como también encontraron datos de anemia importante en un 45%, preeclampsia en 25%, embarazos pretérmino en 30%, postérmino en 10%, trauma obstétrico 31% y mortalidad perinatal del 3.2% (14).

En estudios nacionales encontramos que Valdés y colaboradores, concluyen datos muy interesantes en los cuales intervienen tanto conceptos de tipo social como cultural y biológico, describiendo un alto porcentaje de unión libre en la paciente adolescente 63.9% contra un 14.7 % de las adultas.(3).

Resultados muy semejantes, también encontrados por Miranda en 1987.(15). y Contreras en 1990.(16).

Con estos datos podemos imaginar la gran inestabilidad social con la que se encuentra este tipo de pacientes, así como la mala educación sexual con la que cuenta; iniciando la vida sexual al rededor de los 14 años con un mal control prenatal, ya que solamente el 12% de las pacientes adolescentes utiliza algún método anticonceptivo, utilizando hormonales orales (9,3%), hormonales intramusculares (3.6%), dispositivo intrauterino (0.6%); y con datos muy semejantes en lo que respecta a la resolución del embarazo, siendo un 22.7% por cesárea contra 76.5% de partos eutócicos.(3,13,17,18).

Entre las primeras causas de mortalidad de los recién nacidos de madres adolescentes, se encuentran los problemas de prematuridad en los que se incluyen en primer lugar síndromes respiratorios y de estos el más frecuente es la enfermedad de la membrana hialina, así como también asfixia neonatal que se encuentra hasta en un 10.6%. Y un alto índice de infecciones describiéndose un 26.4%. (1,19,20).

Zackler describe una alta incidencia de aplicación de fórceps en pacientes adolescentes como culminación del trabajo de parto, teniéndose un índice de aplicación de los mismos en un rango del 43.6% con esto aumentando la incidencia de trauma obstétrico en el recién nacido y lesiones del canal del parto. (18).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El embarazo en la adolescente se ha incluido en el embarazo de alto riesgo por la gran diversidad de patología que se puede presentar, como son: retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), enfermedades asociadas al embarazo, prematuridad, trauma obstétrico del recién nacido, así como mayor número de lesiones del canal del parto y aumento de la operación cesárea.

En este estudio se determinó conocer el trauma obstétrico del recién nacido de la paciente adolescente, así como las lesiones del canal del parto en nuestro hospital, comparándolo con la paciente adulta y mediante ello verificar que no hay diferencia entre ambos grupos.

## **JUSTIFICACIÓN.**

El embarazo en la adolescente conlleva a un sin número de patologías, y entre ellas se encuentra el trauma obstétrico del recién nacido y un mayor número de lesiones del canal del parto; con este estudio queremos conocer la relación que existe de trauma obstétrico en el recién nacido y las lesiones del canal del parto en la madre adolescente, comparándolo con el parto en la paciente adulta. Con esto tomar diferentes medidas terapéuticas o cuidados especiales de ser necesarios para un mejor futuro del recién nacido de la madre adolescente y de la atención del parto.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El embarazo en la adolescente se ha incluido en el embarazo de alto riesgo por la gran diversidad de patología que se puede presentar, como son: retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), enfermedades asociadas al embarazo, prematuridad, trauma obstétrico del recién nacido, así como mayor número de lesiones del canal del parto y aumento de la operación cesárea.

En este estudio se determinó conocer el trauma obstétrico del recién nacido de la paciente adolescente, así como las lesiones del canal del parto en nuestro hospital, comparándolo con la paciente adulta y mediante ello verificar que no hay diferencia entre ambos grupos.

## **JUSTIFICACIÓN.**

El embarazo en la adolescente conlleva a un sin número de patologías, y entre ellas se encuentra el trauma obstétrico del recién nacido y un mayor número de lesiones del canal del parto; con este estudio queremos conocer la relación que existe de trauma obstétrico en el recién nacido y las lesiones del canal del parto en la madre adolescente, comparándolo con el parto en la paciente adulta. Con esto tomar diferentes medidas terapéuticas o cuidados especiales de ser necesarios para un mejor futuro del recién nacido de la madre adolescente y de la atención del parto.

## **HIPÓTESIS.**

La atención del parto por vía vaginal de la paciente adolescente no condiciona un mayor riesgo de trauma obstétrico en el recién nacido ni de lesiones del canal del parto.

## **OBJETIVOS.**

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Verificar que la atención del parto por vía vaginal de la paciente adolescente no aumenta el riesgo de trauma obstétrico del recién nacido ni de las lesiones del canal del parto comparado con la paciente adulta.

### **OBJETIVO SECUNDARIO:**

- A) Verificar que en la paciente adolescente no aumenta el riesgo de parto traumático.
- B) Conocer si la atención del parto en la adolescente repercute en el recién nacido.

## **HIPÓTESIS.**

La atención del parto por vía vaginal de la paciente adolescente no condiciona un mayor riesgo de trauma obstétrico en el recién nacido ni de lesiones del canal del parto.

## **OBJETIVOS.**

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Verificar que la atención del parto por vía vaginal de la paciente adolescente no aumenta el riesgo de trauma obstétrico del recién nacido ni de las lesiones del canal del parto comparado con la paciente adulta.

### **OBJETIVO SECUNDARIO:**

- A) Verificar que en la paciente adolescente no aumenta el riesgo de parto traumático.
- B) Conocer si la atención del parto en la adolescente repercute en el recién nacido.

## **METODOLOGÍA.**

### **Población y muestra.**

Mediante un estudio prospectivo, analítico y observacional se capturaron pacientes que acudieron al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital General de México, de entre edades comprendidas de 10 a 35 años, primigestas, con embarazo de término, en trabajo de parto y sin antecedentes perinatales de importancia. Formando dos grupos de pacientes: el primero integrado por mujeres de 10 a 18 años de edad y el segundo grupo de 19 a 35 años. Se fijó como límite la edad de 35 años para eliminar la morbimortalidad del binomio que se asocia directamente al incremento de la edad materna.

Se tomo al grupo de casos a las mujeres con edades de 10 a 18 años y como grupo control a mujeres de 19 a 35 años.

A todas las pacientes se les realizó un cuestionario en el puerperio inmediato (primeras 24 hrs); del expediente clínico se tomaron los datos de la atención del parto y las características del mismo y en el cual se valoró el trauma obstétrico y las lesiones del canal del parto descritas en dicho expediente.

El tamaño de muestra se calculó considerando una prevalencia del 8% de trauma obstétrico (8) en paciente obstétrica y considerando una significancia del 95% y un poder del 80%, una diferencia esperada mediante razón de momios de 3. Tomando como base la formula de Schlesselman (21) para casos y controles. Se obtuvo un total de 130 mujeres en cada grupo.

El análisis estadístico se realizó mediante prueba de T de Student para muestras dependientes en las variables cuantitativas; y para variables cualitativas se utilizó la prueba de  $\chi^2$  así como también un análisis bivariado utilizando razones de momios para determinar el riesgo entre los dos grupos.



## **DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.**

### **Independientes.**

Parto vaginal con embarazo de término, horas de trabajo de parto, edad materna según fecha de nacimiento, peso del producto, *talla y edad gestacional de producto.*

### **Dependientes.**

Trauma obstétrico se define como todas aquellas lesiones internas o externas del producto provocadas por el parto. Se dividen en fracturas ,marcas faciales, pérdida de tejido de continuidad, caput succedaneum (edema de la piel cabelluda),cefalohematomas (hematoma del espacio subperiostico), parálisis facial y elongación del plexo braquial.

### **Lesiones del canal del parto.**

*Se dividen en tres grados según Williams:*

#### **PRIMER GRADO.**

Afectan el pliegue mucomembranoso en la comisura posterior de la vulva, *la piel y la mucosa vaginal.*

#### **SEGUNDO GRADO.**

Lo anterior pero además se afectan la fascia y musculos del cuerpo perineal.

#### **TERCER GRADO.**

Los dos anteriores además de afectar el esfinter anal.

#### **OTRAS.**

Lesiones del recto, vejiga y/ o uretra.

## **CRITERIOS:**

### **INCLUSIÓN.**

#### **Grupo A:**

Adolescentes de 10 a 18 años de edad

Primigestas

Atendidas por parto vaginal.

Que hayan cursado con embarazo de término.

Que hayan iniciado trabajo de parto espontáneo.

Sin patología sistémica materna o asociada al embarazo.

Con producto único vivo.

#### **Grupo B:**

Adultas de 19 a 35 años de edad.

Primigestas.

Atendidas por parto vaginal.

Que hayan cursado con embarazo de término.

Que hayan iniciado trabajo de parto espontáneo.

Sin patología sistémica materna o asociada al embarazo.

Con producto único vivo.

### **EXCLUSIÓN.**

Las que no reúnan los anteriores.

### **ELIMINACIÓN.**

Pacientes que por voluntad propia decidieron excluirse del estudio.

Pacientes que se les haya resuelto su embarazo por operación cesárea.

Pérdida de las pacientes durante el estudio.

## RESULTADOS

Se captaron un total de 343 pacientes, de las cuales 144 fueron adolescentes que son el grupo de casos (grupo A) y 199 pacientes adultas que son los controles (grupo B); como características demográficas se encontró lo siguiente:

El promedio de edad materna para el grupo A fue de 16 +/- 1 año, teniendo como mayor porcentaje el de 17 años con 43 pacientes (29.86%), con un rango de 12 a 18 años. En el grupo B el promedio de edad es de 22 años +/- 3 años 22 años (59.80%), teniendo con mayor porcentaje el de 19-22 años con 119 pacientes (59.80%), en un rango de edad de 19 a 35 años.

La ocupación predominante en el grupo A corresponde a las labores del hogar con un número de 17 pacientes (88.19 %), empleadas domésticas 8 pacientes (5.56%), estudiantes 7 casos (4.86%), empleada y profesionista una paciente en cada caso (0.69 %), respectivamente.

En el grupo B la ocupación predominante corresponde también en las labores del hogar con 169 pacientes (84.92%), empleada doméstica 16 (8.04%), estudiantes 7 (3.52%), empleadas 5 (2.51%) y 2 profesionistas (1.01%).

El estado civil en el grupo A se encontraron 61 pacientes, las cuales viven en unión libre (42.96%), seguido de 55 solteras (38.73%) y 26 casadas (18.31%). En el grupo B, 71 solteras (35.68%), casadas y en unión libre 64 pacientes para cada caso, (32.16 %), respectivamente.

La evolución del trabajo de parto y su resolución fue la siguiente:

Los partos eutócicos fueron en total 332 (94.1%) y 11 distócicos por aplicación de fórceps, (5.9%).

Ambos grupos permanecieron en trabajo de parto en promedio 8 hrs, ( $p > 0.05$ ).

Las lesiones del canal del parto se encontraron en 22 pacientes adolescentes (15.27%) y en 13 adultas (6.53%) con un *odd ratio* de 0.40 y una  $p = 0.18$ ; los grados de lesión se detallan a continuación: grado I se encontraron uno en el grupo control y dos en el grupo B ; grado II se encontraron dos para cada uno de los grupos. De estas lesiones del canal del parto en el grupo A una de grado I corresponden a la aplicación de fórceps, en el grupo B dos de grado II corresponden a la aplicación de fórceps, (gráfica I).

En el grupo A se aplicaron 2 fórceps (1.38%), 9 en el grupo B (4.52%), reportándose un *odd ratio* de 0.29 y una  $p = 0.18$ . Las indicaciones de aplicación de los mismos se describen a continuación: en el grupo A; 2 por variedad persistente de posición y en grupo B, 4 por periodo expulsivo prolongado , fatiga materna y sufrimiento fetal agudo uno para cada indicación , 2 por variedad persistente de posición y 1 por circular a cuello, (gráfica II).

En cuanto a los recién nacidos se encontró que la edad gestacional promedio para ambos grupos es de 39 semanas con una  $p > 0.05$ .

El promedio de peso de los productos del grupo A es de 3008 gr. y para el grupo B de 2978 gramos, ( $p > 0.05$ ).

El capurro al igual que la edad gestacional fue de 39 semanas para ambos grupos, ( $p > 0.05$ ).

El trauma obstétrico en el recién nacido se encontró en 39 productos para el grupo control y 22 para los casos, obteniéndose un *odd ratio* de 0.73 con una  $p = 0.37$ . El tipo y número de trauma obstétrico encontrado en los recién nacidos es el siguiente: caput en 32 productos de los controles y 19 en los casos; cefalohematoma en 4 controles y 1 en los casos, marcas faciales 2 para cada grupo y finalmente un producto con parálisis facial en los controles, no se encontraron muertes fetales, ni lesiones que ponen en riesgo la vida o la función en forma permanente, (gráfica III).

El trauma obstétrico observado en los productos del grupo A, dos corresponden a la aplicación de fórceps (marcas en cara y un cefalohematoma), con lo que respecta al grupo B una parálisis facial , un cefalohematoma y dos marcas encara, también secundarias a la aplicación de fórceps, (gráfica IVa,b).

## DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescente se ha reportado con un incremento en forma muy importante a nivel mundial, y nosotros no escapamos a esto, al igual que varios reportes de la literatura internacional reportan trauma obstétrico y lesiones del canal del parto en este grupo de pacientes (1,3). En estudios realizados con grandes series de pacientes como del reportado por Roopnarinesingh y colaboradores no encontraron diferencias en la frecuencia de complicaciones obstétricas en la paciente adolescente al compararlas con la paciente adulta (9).

En nuestro medio, se han realizado varios estudios entre los cuales destacan los realizados por Valdés y colaboradores en el cual si encuentran diferencias con respecto entre otras cosas como son RCIU y muerte perinatal entre las adolescentes y las pacientes adultas.

En nuestro hospital se reportan estudios realizados en pacientes adolescentes no encontrando aumento de la morbimortalidad materna y fetal. Con esto queremos decir que nuestro estudio se asemeja en mucho a los realizados, ya que nosotros tampoco encontramos dichas diferencias, si bien es cierto en los demás reportes se estudian principalmente factores de riesgos en grupos de madres adolescentes como son mayor riesgo de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, RCRU, prematuridad entre otras patologías asociadas.

El estado social en el que se encuentran las adolescentes es muy inestable ya que la gran mayoría su estado civil es la unión libre como el reportado por Valdés y colaboradores al igual que Miranda y Contreras (3,15,16), solamente que ellos reportan un mayor porcentaje de la adolescente comparado con la paciente adulta, no encontrado en nuestro estudio.

En otros estudios encontramos que hay una alta incidencia de aplicación de fórceps en la paciente adolescente como culminación del trabajo de parto y con esto un mayor número de trauma obstétrico y lesiones del canal del parto (18) no encontrado en nuestro estudio en donde de toda la población estudiada se aprecia solamente la aplicación de los mismos en dos pacientes con un *odd ratio* de .29 y una *p* de .18 en comparación con la paciente adulta.

Así mismo se reporta una mayor incidencia de RCIU y gran diferencia con respecto a los pesos de los productos con la población general. Y en nuestro medio no encontramos tal diferencia ya que el promedio de peso es inclusive la media de peso en la paciente adulta es ligeramente menor con respecto a los productos de las madres adolescentes 2978 gr. y 3008 gr. respectivamente.

Lo que es importante recalcar es intentar una mayor integración familiar y social del grupo de las madres adolescentes y obviamente con esto obtener beneficios secundarios para este grupo, los cuales repercutirán en los productos de madres adolescentes.

## CONCLUSIONES

- 1.- La atención de parto eutócico por vía vaginal en la paciente adolescente no aumenta el riesgo de trauma obstétrico en el recién nacido.
- 2.- La atención del parto eutócico por vía vaginal en la paciente adolescente, no condiciona un mayor número de lesiones del canal del parto con respecto a la paciente adulta.
- 3.- La aplicación de fórceps en la paciente adolescente no aumenta el trauma obstétrico en el recién nacido en relación con la aplicación de los mismos en la paciente adulta.
- 4.- La aplicación de fórceps en la paciente adolescente no aumenta el número de lesiones en el canal del parto en comparación con la aplicación de los mismos en la paciente adulta.
- 5.- La atención del parto en la adolescente no aumenta el riesgo de parto traumático.

## REFERENCIAS.

- 1.- Blake DM, Lee MI.  
Twin Pregnancy in adolescent.  
Obstet Gynecol 1990;73(172): 172-174.
- 2.- Toro CR.  
Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de Apgar con la población general.  
Gin Obs Mex 1992; 60:291-295.
- 3.- Valdez BF, Valle VO.  
Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta.  
Gin Obs Mex 1996; 64: 209-214.
- 4.- Monroy VA, Morales GM, Velasco ML.  
Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones.  
OMS, OPS 1988:1-4.
- 5.- Sweeny P.  
A comparison of low birth weight, perinatal mortality, and infant mortality between first second birth to women 17 years old and younger.  
Am J Obstet Gynecol 1989;160:1361-1370.
- 6.- Lubarsky LS, Schiff E, Friedman AS.  
Obstetric characteristic among nulliparas under age 15.  
Obstet Gynecol 1994; 84(3): 365-368.
- 7.- Carrera MI.  
Diccionario terminológico de ciencias médicas.  
Salvat 1988;1132.
- 8.- Pritchard AJ, Macdonald CP, Grant FN.  
Williams Obstetricia.  
Salvat, 1992; 3 de.:336-337.
- 9.- Roopnarinesingh S.  
Is adolescent pregnancy hazardous?  
W Y Med J 1993;42:22-23.
- 10.- American Academy of Pediatrics.  
Committee on adolescence: Care of Adolescence and Their Children.  
Pediatrics 1989;83:138-197.
- 11.- Hardy BJ, King MT, Repke TJ.  
The Johns Hopkins adolescent pregnancy program: an evaluation.  
Obstet Gynecol 1987; 69(3): 300-305.
- 12.- Gordon D, Milberg J, Daling J.  
Advanced maternal age as risk factor for cesarean delivery.  
Obstet Gynecol 1991; 77(4): 493-497.
- 13.- Morris LD, Berenson BA, Lawson J.  
Comparison of adolescent pregnancy outcomes by prenatal care source.  
J Rep Med 1993; 38(5): 375-379.

- 14.- Suraiya S, Al-Sibai H, Suleiman A.  
Obstetric implications of pregnancy in adolescence.  
*Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65:57-61.
- 15.- Miranda GA, Contreras PA.  
Embarazo en la adolescente. ¡Embarazo normal!  
*Rev Med Hosp Gral Mex* 1987;50 (4) : 179-184.
- 16.- Contreras PA, Miranda GA, Chalita RK.  
Embarazo en la adolescente. Reporte preliminar de 200 casos.  
*Rev Med Hosp Gral Mex* 1990;53(4):209-213.
- 17.- Lena MS, Marko E Nimrod C.  
Birthing experience of adolescents at the Ottawa General Hospital Perinatal Center.  
*Can Med Assoc J* 1993; 148 (12): 2149-2154.
- 18.- Zackler J, Andelman LS, Baurer F.  
The young adolescent as an obstetric risk.  
*Am J Obstet Gynecol* 1969; 103 (3): 305- 311.
- 19.- Mahfouz AA, El- Said MM, Al-erian RA.  
Teenage pregnancy: are teenagers a high risk group?  
*Eur J Obstet Gynecol Rep Biol* 1995;59: 17-20.
- 20.- Heiger LM, Scholl OT, Belsky HD.  
Patterns of weight gain in adolescent pregnancy :effects on birth weight and preterm delivery.  
*Obstet Gynecol* 1989;74 (1) : 6-11.
- 21.- *J. Case-Control Studies. Design conduct analysis. M. Sample Size.* Oxford University Press. N.Y. , 1982; 144-170.



# ANEXOS

ESTA TERCERA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**TRAUMA OBSTÉTRICO EN LOS PRODUCTOS OBTENIDOS POR PARTO VAGINAL Y LESIONES DEL CANAL DEL PARTO EN LA PACIENTE ADOLESCENTE Y SU COMPARACIÓN CON LA PACIENTE ADULTA.**

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS**

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD (años cumplidos): \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD (total de años de estudio): \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:**

FUM: \_\_\_\_\_ EDAD GESTACIONAL A SU INGRESO \_\_\_\_\_

**TRABAJO DE PARTO, RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:**

Horas de trabajo de parto \_\_\_\_\_

Aplicación de Fórceps NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Número de intentos de aplicación \_\_\_\_\_

Indicación de aplicación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Episiotomía NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_

Lesiones del canal del parto NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

Grado uno \_\_\_\_\_ Grado dos \_\_\_\_\_ Grado tres \_\_\_\_\_

Lesión de recto \_\_\_\_\_ Lesión de Vejiga \_\_\_\_\_

Trauma obstétrico NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

Tipo de lesión \_\_\_\_\_

Compromete a vida NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

Compromete la función NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

Peso del recién nacido \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

Capurro \_\_\_\_\_

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
12	2	1.39
13	2	1.39
14	4	2.78
15	16	11.11
16	40	27.78
17	43	29.86
18	37	25.69
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SOLTERA	55	38.73
CASADA	26	18.31
UNION LIBRE	61	42.96
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
HOGAR	127	88.19
EMP. DOMESTICA	8	5.56
ESTUDIANTE	7	4.86
EMPLEADA	1	0.69
PROFESIONISTA	1	0.69
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

**Anexo 1: Edad, estado civil y ocupación en primigestas adolescentes.**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
19-22	119	59.80
23-26	56	28.14
27-30	20	10.05
31-34	4	2.01
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SOLTERA	71	35.68
CASADA	64	32.16
UNION LIBRE	64	32.16
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
HOGAR	169	84.92
EMP. DOMESTICA	16	8.04
ESTUDIANTE	7	3.52
EMPLEADA	5	2.51
PROFESIONISTA	2	1.01
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

**Anexo 2: edad, estado civil y ocupación en primigestas adultas.**

VARIABLE	ADULTA	ADOLESCENTE	P
EDAD GESTACIONAL SEMANAS	39	39	> 0.05
HRS. DE TDP	8	8	> 0.05
PESO DEL PRODUCTO GRS.	2978	3008	> 0.05
TALLA CMS.	49	49	> 0.05
CAPURRO	39	39	> 0.05

	SIN FORCEPS	CON FORCEPS
ADULTA	190	9
ADOLESCENTE	144	2

ODD RATIO = .29    p = .18

	ADULTA	ADOLESCENTE
EXP. PROLONGADO	4	0
FATIGA MATERNA	1	0
SFA	1	0
VARIEDAD PERISTENTE DE POSICION	2	2
CIRCULAR A CUELLO	1	0
TOTAL	9	2

**Anexo 3: Datos del recién nacido, aplicación e indicación de fórceps en ambos grupos.**

	<b>SIN TRAUMA OBSTETRICO</b>	<b>CON TRAUMA OBSTETRICO</b>
<b>ADULTA</b>	160	39
<b>ADOLESCENTE</b>	122	22

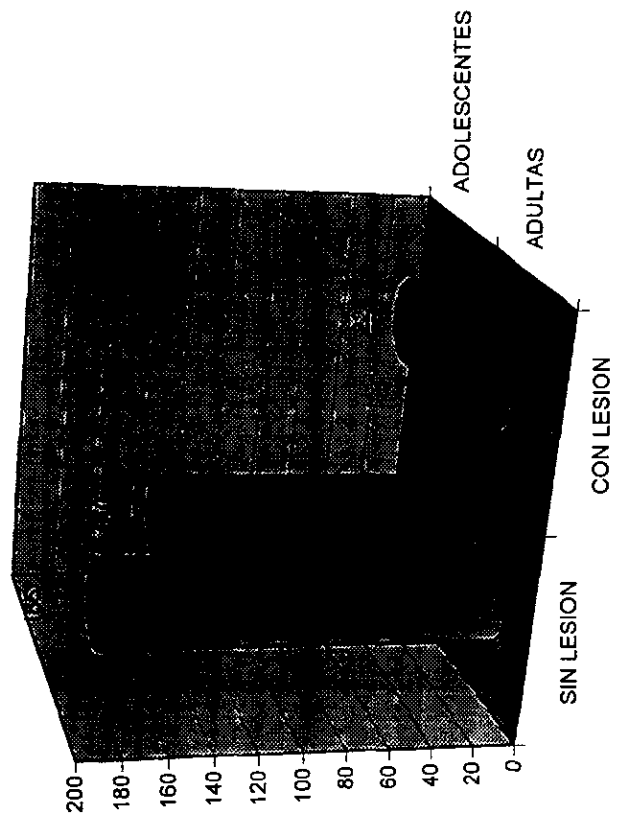
ODD RATIO = .73      p = .37

	<b>ADULTAS</b>	<b>ADOLESCENTES</b>
<b>CAPUT</b>	32	19
<b>CEFALOHEMATOMA</b>	4	1
<b>MARCA FACIAL</b>	2	2
<b>PARALISIS FACIAL</b>	1	0
<b>TOTAL</b>	39	22

	<b>SIN LESION</b>	<b>CON LESION</b>
<b>ADULTA</b>	186	13
<b>ADOLESCENTE</b>	140	22

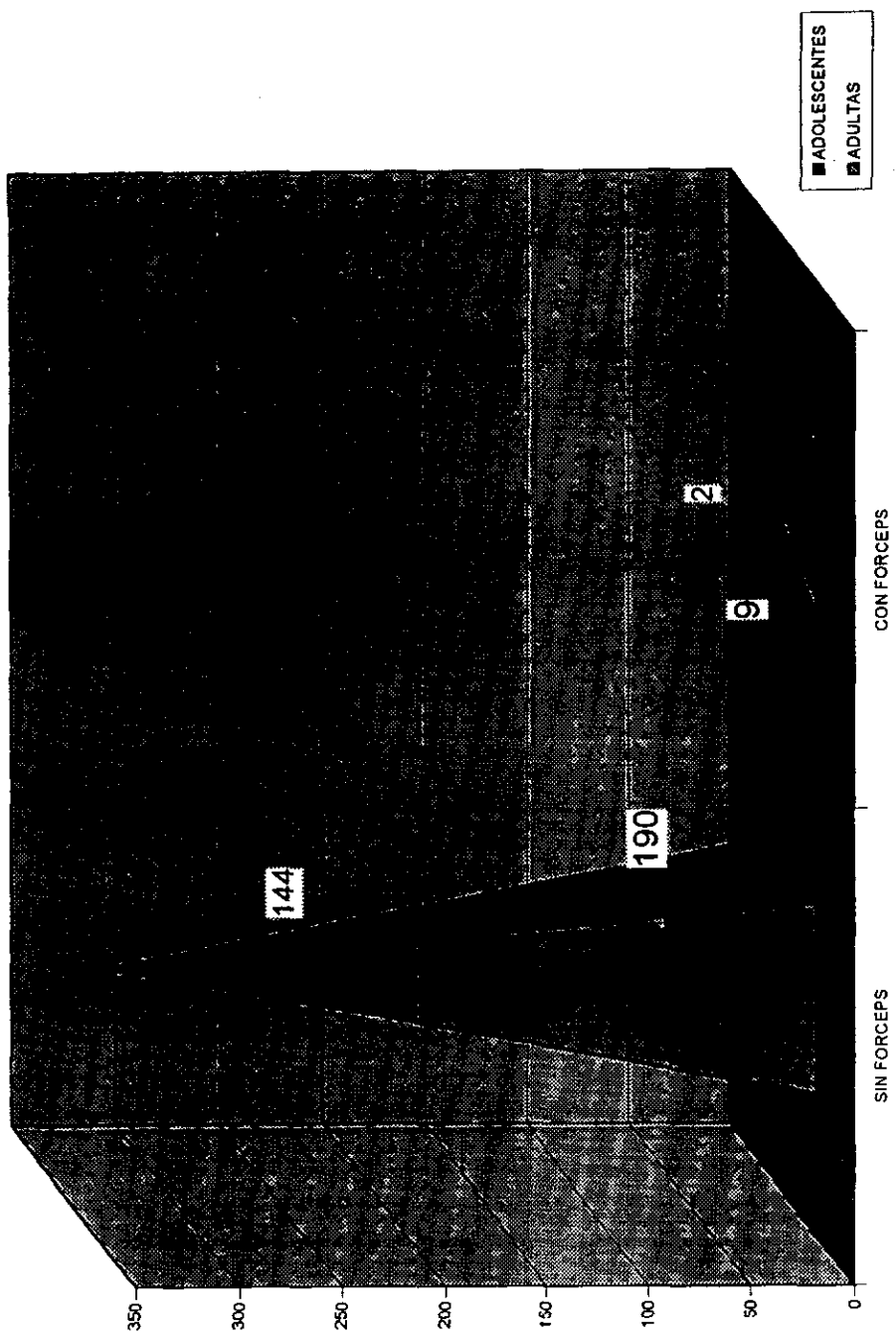
ODD RATIO = .40      p = .18

**Anexo 4: Trauma obstétrico, tipo de trauma obstétrico y lesiones del canal del parto en ambos grupos.**



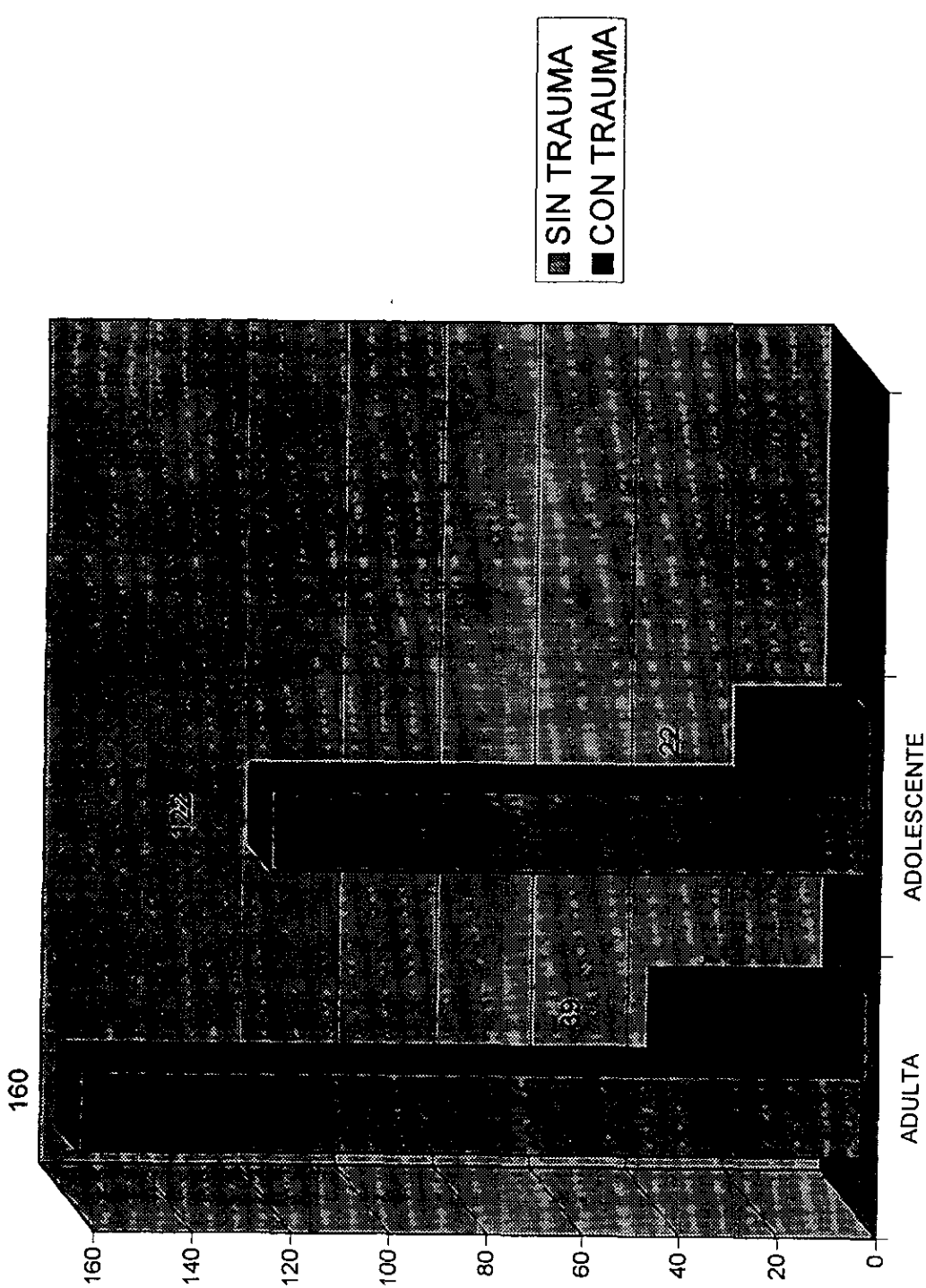
■ ADULTAS  
 ■ ADOLESCENTES

**Gráfica I. LESIONES DEL CANAL DEL PARTO EN AMBOS GRUPOS**

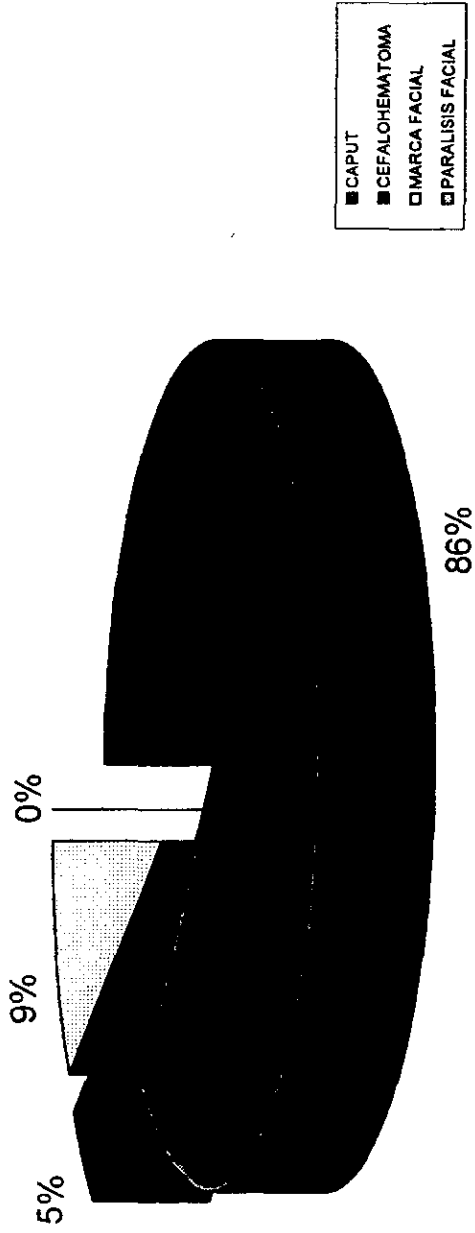


**Gráfica II. APLICACIÓN DE FORCEPS EN AMBOS GRUPOS**

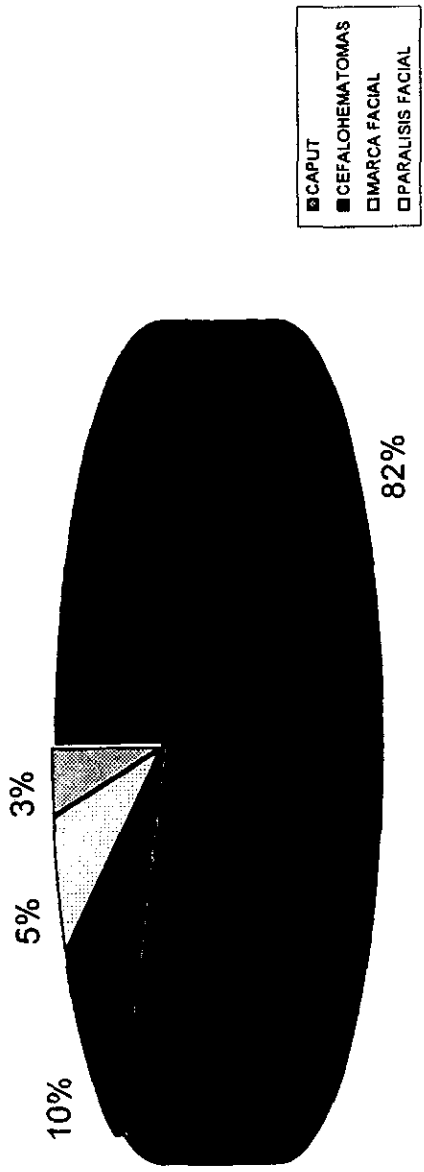




**Gráfica III. TRAUMA OBSTETRICO EN AMBOS GRUPOS**



**Gráfica IV-a. LESIONES EN EL RECIEN NACIDO EN PACIENTES ADOLESCENTES**



Gráfica IV-b. LESIONES EN EL RECIEN NACIDO EN PACIENTES ADULTAS