

1121 / 93
2 ef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL ESPAÑOL

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 6 MESES EN EL HOSPITAL

GENERAL DE HUAMANTLA, PERTENECIENTE AL

ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO SALUD DE

TLAXCALA.

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. JOSE ALEJANDRO MAULEON MONTERO

277013

MEXICO, D.F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTE TRABAJO SE REALIZO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GÉNERAL DE HUAMANTLA,
PERTENECIENTE AL O.P.D., SALUD DE TLAXCALA, BAJO LA
DIRECCION DEL DR. JORGE LUIS VAZQUEZ SOTO, DIRECTOR DE
ESTE MISMO HOSPITAL.

Con agradecimiento, admiración y respeto al **Dr. Jorge Luis Vázquez Soto** por su valiosa ayuda y atinada dirección en la elaboración de este trabajo.

A mi Mamita CARMELITA:

Gracias por tu cariño y amor, enseñandome a no perder nunca la esperanza en los momentos más difíciles, a mirar siempre adelante y a iluminarme por el camino recto.

Gracias por darme la vida.

Te quiero mucho.

A mi Papito JOAQUIN:

A quien supo enseñarme los caminos de la vida y que gracias a sus consejos y virtudes hicieron de mi persona un profesionalista.

Estoy orgulloso de ser tú hijo.

Te quiero mucho.

A mis hermanos: LUIS ALBERTO, JOAQUIN Y JAVIER:

Ejemplo de hermandad, que me sirvieron de estímulo y trazaron el camino a seguir.

Gracias los quiero mucho.

Para CARMEN con todo mi amor

Te amo Chiquita

A mis compañeros.

**AL HONORABLE CUERPO DE PROFESORES DEL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.**

DR. ALFONSO ALVAREZ BRAVO †
DR. EN CM. EFRAIN VAZQUEZ BENITEZ
DR. RICARDO QUIROZ VAZQUEZ
DR. ENRIQUE GUTIERREZ MURILLO
DR. TEOFILO GARCIA HIDALGO
DR. MANUEL ALVAREZ NAVARRO
DR. LEONARDO ORTEGA VELAZQUEZ
DR. JUAN MANUEL MEDINA LOMELI
DR. SEGIO PEDROZA BARAGAS
DR. FRANCISCO BERNARDEZ ZAPATA
DR. PABLO GUTIERREZ ESCOTO
DR. JOSE EFRAIN VAZQUEZ MARTINEZ DE VELASCO
DR. XAVIER AGUIRRE OSETE

GRACIAS POR SUS INVALUABLES ENSEÑANZAS

INDICE

	PAGINAS.
I. INTRODUCCION.....	1
A. Antecedentes.....	1
B. Epidemiología e Incidencia.....	2
C. Métodos Anticonceptivos.....	6
D. Embarazo de Alto Riesgo.....	7
E. Situación Psicosocial.....	10
F. Embarazo.....	13
G. Parto.....	15
H. Recién Nacido.....	17
I. Pronóstico y Prevención.....	18
II. OBJETIVOS:	22
III. JUSTIFICACION:	23
IV. MATERIAL Y METODOS:	24
V. RESULTADOS:	28

VI. TABLAS Y GRAFICAS:	36
VII. DISCUSIONES:	53
VIII. CONCLUSIONES:	62
IX. BIBLIOGRAFIA:	64

*INTRODUCCION***ANTECEDENTES.**

En el Municipio de Huamantla, Tlaxcala, existen aproximadamente 3,800 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, que representa un 11 % de la pirámide de población de este Municipio. De acuerdo al comportamiento histórico reproductivo de la mujer en el Hospital General de Huamantla, Tlaxcala, de las pacientes obstétricas que se hospitalizan, un 25% corresponden a mujeres de este rango de edad, por lo que es trascendente conocer los riesgos que representa el embarazo en la adolescencia para prevenirlos o manejarlos adecuadamente y valorar la verdadera morbi-mortalidad materno-fetal en estas pacientes.

En los últimos 20 años el interés por el embarazo en la adolescencia se ha incrementado, desarrollando investigaciones relacionadas con la sexualidad, embarazo y crianza de los hijos (1).

Actualmente la industrialización y una sociedad urbana compleja prolongan la educación escolar y retrasan por ello el matrimonio y el gozo sexual, de tal manera que queda un vacío de aproximadamente cinco años, entre la madurez que alcanza el adolescente a temprana edad y la actividad sexual legitimizada por el matrimonio (2).

EPIDEMIOLOGIA E INCIDENCIA.

La incidencia de embarazo en adolescentes menores de 15 años es desconocida (3, 35) y la frecuencia de edades posteriores difiere según el autor consultado, aunque la mayoría de ellos coinciden en señalar que el 45% de las jóvenes entre 15 y 19 años de edad son sexualmente activas, y de éstas, el 36% quedan embarazadas en un plazo menor a dos años después de su experiencia sexual inicial (4).

En los Estados Unidos, un estudio relativo a las adolescentes de menos de 20 años de edad mostró en 1988 que el 78% de las adolescentes y el 86% de los varones tenían actividad sexual. Este porcentaje varía en función de la edad, de los años considerados y de la raza.

El Porcentaje es más elevado entre las adolescentes de raza negra y aumenta con la edad (29). En el Congo, el promedio de edad de la primera relación sexual es de 14 años. En Dinamarca, la edad promedio en la población de las adolescentes que piden una consulta para hacerse un aborto es de 15.7 años y de 16.2 años de edad las que no están embarazadas (29).

Por tal motivo el índice de embarazos en adolescentes en E.U.A., es el doble que en Canadá, Inglaterra o Francia, y siete veces mayor que en los países bajos. El índice de abortos también es mayor en E.U.A, que en cualquier otro país occidental de los que se dispone de información, y las adolescentes de este país usan anticonceptivos con menos frecuencia y métodos de anticoncepción menos eficaces (5, 18, 34).

Aproximadamente un millón de jóvenes de 15 a 19 años de edad se embarazan anualmente: el 50% de estos embarazos da lugar a un nacimiento, el 10% a un aborto espontáneo, el 40% a un aborto provocado (40, 41). El 8% de las adolescentes y el 18% de las que han tenido una experiencia sexual se embarazan. El número de embarazos y de nacimientos disminuye notablemente a medida que pasan los años, mientras que el porcentaje de abortos provocados permanece estable (29).

Según el informe del INEEE (Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos), el número de nacimientos en las jóvenes de menos de 18 años y el porcentaje de esos nacimientos en relación con la totalidad de los recién nacidos tienden a disminuir con el correr de los años. El índice de nacimientos, es decir el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres de una edad considerada, también disminuye; según el INEEE, dicho índice pasó de 68.7 en 1972 a 37.2 en 1981 en las menores de 18 años. La disminución del número de nacimientos en las adolescentes, en parte, está asociada al aumento del número de interrupciones voluntarias de embarazo (29).

Es fundamental conocer que el índice de embarazos, es decir, el número de embarazos por cada 1,000 adolescentes de 15 a 19 años en los Estados Unidos, tiende a bajar. El índice de nacimientos según la edad se modifica poco en los años considerados.

Por ejemplo: en Canadá, cada año se embarazan más del 4% de las adolescentes y de éstas el 40% abortan (29).

En Holanda, el índice de embarazos era en 1981 de 14 por 1,000 adolescentes de 15 a 19 años (29).

En Inglaterra, en el año de 1984 nacieron 60,750 bebés cuyas madres tenían entre 15 y 19 años de edad (29).

Y en el Congo, en 1989 el 12.7 % de los partos se produjeron en jóvenes de 14 a 17 años (29).

En la ciudad de México al igual que en otros lugares de Latinoamérica, el embarazo puede presentarse a temprana edad, muchas veces favorecido por el hacinamiento, el nivel cultural bajo (23) y el abuso sexual (22, 28), situación que se ve agravada por la falta de información de los adolescentes en relación al embarazo y la forma de prevenirlo (5, 18); es por ello que suponemos que la frecuencia del embarazo en este grupo de edad es igual o mayor al que presentan los países industrializados, ya que en México las estadísticas oficiales registran 430,000 embarazos anuales en mujeres de 15 a 19 años de edad (6).

METODOS ANTICONCEPTIVOS.

La adolescencia es el período de desarrollo físico más rápido, el momento de la maduración sexual, de la creación de una imaginación duradera, de definición de la escala de valores personales, de intereses y vocaciones. El hecho es que los adolescentes empiezan a ser sexualmente activos a edades cada vez más tempranas. Y lo más preocupante: la mayoría no toma ningún tipo de precaución contraceptiva o lo hacen sólo en contadas ocasiones (5, 18, 31, 34).

En relación a los métodos anticonceptivos, en Francia, según un sondeo de opinión pública, el 42% de las adolescentes no utilizan ningún método anticonceptivo en el momento de tener su primera relación sexual. En Dinamarca, dicha cifra es del 17.9%. En los Estados Unidos, el 92% de las jóvenes embarazadas de hasta 16 años de edad interrogadas entre 1977 y 1988 nunca habían utilizado un método anticonceptivo (29).

En un programa de disponibilidad de condones en escuelas Americanas, cerca de la mitad de las escuelas que fueron encuestadas, los estudiantes obtuvieron más de un condón por estudiante por año, en promedio, y 14% obtuvieron más de seis condones (18).

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: ALTO RIESGO.

Durante años, se ha aceptado que el embarazo de la adolescente es de alto riesgo. Muchos estudios han demostrado que el resultado del embarazo de la adolescente es menos satisfactorio que el de la población general. Se debe proporcionar cuidado óptimo a las madres adolescentes, no sólo para mejorar los resultados del embarazo, sino también para mejorar su ajuste social, educacional y emocional. El programa para madres jóvenes establecido en 1965 por el Yale New Haven Center es un ejemplo de un programa completo de cuidados. Hay indicaciones de que tal programa reduce significativamente los peligros de este grupo de alto riesgo. Otros estudios han concluido que las complicaciones en el trabajo de parto y el parto dependen en gran medida de la calidad del cuidado prenatal (30).

El embarazo en 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. Se ha descrito en este grupo, una mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica (DCP), anemia materna, preeclampsia y bajo peso del recién nacido (32).

Sin embargo, estos hallazgos no han sido reproducidos consistentemente, e investigadores como Roopnarinesingh y cols., en un estudio que incluyó más de 3,300 embarazadas adolescentes, no encontraron diferencia en la frecuencia de complicaciones obstétricas al compararlas con la población adulta, aunque sí demostraron un mayor índice de indicadores desfavorables para el producto en el grupo de adolescentes (20).

En los últimos años se ha hecho hincapié sobre los posibles problemas que la mujer adolescente tiene que enfrentar al quedar embarazada (7, 8, 21), como son mayor incidencia de eclampsia, frecuencia aumentada de operación cesárea, mayor número de abortos (23), bajo peso al nacer (19, 20) y trastornos psicosociales derivados de su estado, situaciones todas ellas que han obligado a que se considere la gestación, a esta edad, como embarazo de alto riesgo (9). Así como situaciones desfavorables y complicaciones del recién nacido (20, 25).

La preeclampsia y eclampsia, que son más comunes en el primer embarazo, ocurren con más frecuencia entre las adolescentes que en las mujeres adultas, quizá por factores de alto riesgo, como estado socioeconómico bajo, nutrición deficiente y cuidado prenatal inadecuado.

No parece haber un factor predisponible dentro de las pacientes adolescentes, y si proporcionamos el cuidado prenatal apropiado, la frecuencia se reduce considerablemente (29).

Algunos autores concluyeron que la incidencia de preeclampsia y eclampsia en adolescentes es más baja que en la población obstétrica en general, pero si la eclampsia se desarrolla, es fulminante y en algunos casos es fatal para la madre o el feto. Este grave pronóstico puede estar relacionado con el cuidado prenatal inapropiado en este grupo de pacientes (38).

La premadurez y los fetos pequeños para la edad gestacional son problemas mayores en los embarazos de las adolescentes (19). Entre los factores predisponentes, peso bajo anterior al embarazo, poco aumento de peso, condiciones socioeconómicas adversas, tabaquismo, anemia, primer embarazo y cuidado prenatal deficiente, todo esto es más común en la adolescencia. La deficiencia nutricional es extremadamente importante. Si la madre adolescente está más de 10 % debajo de su peso ideal, tiene mayor probabilidad de gestar un feto con peso bajo. Si aumenta menos de 9,072 gramos durante el embarazo, está en riesgo de tener un lactante con peso bajo al nacer. Si está más de 10% debajo de su peso ideal y aumenta menos de 9,072 gramos durante la gestación, está en doble riesgo (29).

SITUACION PSICOSOCIAL.

El Entorno familiar, es fundamental para el bienestar social de los integrantes de las familias.

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socioeconómico desfavorable, a una familia desunida, numerosa, monoparental, afectada por la desocupación y el desempleo. Las madres del 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes (29).

En cuanto a la **Situación Social**, el estilo de vida de una adolescente puede ser perjudicial para el embarazo. Muchas proceden de medios socioeconómicos bajos, con poca educación, y quizá, salud general deficiente por nutrición inadecuada, tabaquismo, abuso de alcohol, drogas, enfermedades transmitidas sexualmente o actualmente el problema del SIDA (42, 24).

Un problema importante es la nutrición. El contenido mineral de los huesos, las reservas de hierro y la ingestión calórica están reducidas frecuentemente en las adolescentes, con frecuencia se encuentra anemia ferropriva. La educación adecuada y la asesoría dietética pueden mejorar su estado de nutrición y prevenir la anemia.

Existen factores psicosociales que influyen en la actividad sexual del adolescente, uso de anticonceptivos y embarazos no deseados. Los adolescentes que reportaron abuso sexual están en más alto riesgo de embarazo (22). La eficiencia de la prevención de embarazo en la adolescente puede mejorarse diseñando intervenciones educativas que específicamente se encarguen de su deseo de concebir (11).

Los embarazos, con frecuencia representan una forma de respuesta a condiciones de vida difíciles. El embarazo también puede representar una tentativa de integración social.

Existe una transgresión de prohibiciones, rechazando especialmente los objetos parentales. El embarazo puede constituir una búsqueda de identidad sexual vinculada al temor de ser estéril y a la seguridad narcisista de sentirse mujer, y de una manera retroactiva, es decir, el hecho de que ella en algún tiempo de su vida fue hija. Se trata de un movimiento de regresión que hace que la madre encuentre en su bebé lo que ella fué en otros tiempos o lo que su madre fué para ella desde su más tierna infancia (29).

En Suiza, se identificaron 7 factores demográficos y conductuales asociados con el embarazo en la adolescencia: el haber tenido cuatro o más compañeros sexuales; el no haber usado anticonceptivos en el primer coito; el uso de métodos anticonceptivos menos efectivos; el haber usado drogas ilícitas durante los últimos 30 días; el vivir separado de los padres; haber experimentado tensiones recientemente y el percibir una falta de prospectos futuros (33).

En cuanto a los síntomas depresivos, son comunes entre adolescentes embarazadas y adolescentes postparto según los resultados de algunas investigaciones. La tensión y el apoyo social parecen ser mediadores importantes. El identificar adolescentes con alto estrés, conflictos y bajos niveles de apoyo ayudará a identificar a las que están en alto riesgo particular de los síntomas depresivos.

EMBARAZO.

En los Estados Unidos, el momento de la primera consulta con un obstetra es de 16.2 semanas en las adolescentes, mientras que en las mujeres adultas es de 12.7 semanas. Solamente el 15.5 % de las adolescentes pasa por una consulta antes de la 10 a. semana de embarazo y el 11.4% de ellas sólo acude entre una y cuatro consultas durante el embarazo. En el 2 al 3% de los casos, hay ausencia de seguimiento del embarazo. Pero el seguimiento varía en función de la edad: el 33.3 % de las embarazadas menores de 15 años consulta durante el primer trimestre, el 53.7% de las de 15 a 17 años y el 56.5% de las de 18 a 19 años (29).

Dentro del primer trimestre del embarazo los problemas más comunes que afectan a la adolescente son hemorragias que corresponden al 16.9% en relación con las mujeres adultas; el 5.7% problemas digestivos, los cuáles son semejantes a los que se encuentran entre las mujeres adultas; el 28.2% abortos espontáneos y el 0.5% embarazos extrauterinos en las adolescentes, comparándolos con las mujeres adultas que es del 1.5 % (29).

En el segundo y tercer trimestre la anemia es frecuente durante el embarazo, sea cual fuese el país o las series estadísticas.

Según la mayoría de los autores, la anemia es más frecuente en las adolescentes. En cambio el autor Vinatier y cols. no observan diferencias. El porcentaje de infecciones urinarias durante el embarazo no es despreciable, aunque en esta complicación no se observan diferencias con respecto a la población adulta de control. La amenaza de parto pretérmino constituye entre el 11% y el 42% de los embarazos. Vinatier y cols. y Dequiidt y cols. observaron porcentajes idénticos a los encontrados en las poblaciones de mujeres adultas (alrededor del 17 %), Boisselier considera que la adolescencia es un factor de riesgo. Entre el 3% y el 20 % de las adolescentes presentan cuadros de hipertensión arterial (HTA) gravídica.; Según ciertos autores, este índice es más alto entre las adolescentes, particularmente entre las que tienen menos de 15 años. Según otros, se trata de un índice idéntico al observado en las mujeres adultas. Felizmente, son raros los embarazos que terminan en una crisis de eclampsia: 0.1 % según Konje y cols., 0.58 % según Leroy-Brasme y 0.4 % según Graham. En otro estudio se corroboró que el síndrome de Eclampsia y HELLP fueron las complicaciones más peligrosas en embarazos de adolescentes. Son asociados con morbilidad materna seria, especialmente cuando se presenta en el período post parto.

En lo que respecta a la muerte fetal intrauterina, el porcentaje no parece ser diferente del que se encuentra entre las mujeres adultas (21).

PARTO.

El porcentaje de partos pretérmino oscila entre el 4% y 45% según algunos autores. Es probablemente más alto entre las adolescentes que entre las mujeres adultas (29).

Con lo que respecta al trabajo de parto, se considera que la expulsión dura más tiempo que en las mujeres adultas.

Algunos autores han comparado el tipo de parto de las adolescentes con el de las mujeres adultas y han encontrado globalmente más extracciones instrumentales y menos cesáreas en las jóvenes. En otro estudio se encontró que las madres adolescentes tienen partos más espontáneos (85%), tasas de cesáreas más bajas (6.4%) y menos bebés con peso al nacer que excediera 4000 grs (1.1%). Los autores concluyeron que los riesgos maternos y neonatales en madres de menos de 16 años de edad no exceden los riesgos obstétricos en madres adultas.

En promedio, los autores consideran que las mujeres entre 16 y 19 años de edad tuvieron mejores resultados obstétricos que los adultos, mientras que los resultados obstétricos para las de 12 a 15 años fueron peores que en los adultos. Por lo tanto, no todas las adolescentes deberían estar en un sólo grupo cuando sus resultados obstétricos se comparan con los de los adultos (29).

En cuanto al alumbramiento, la hemorragia no es específica del parto en las adolescentes.

RECIEN NACIDO.

El peso medio al nacer de los recién nacidos oscila entre 2,920 y 3,414 Kg según la literatura revisada. El porcentaje de peso al nacer inferior a 2,500 kg es probablemente idéntico al que se encuentra en los hijos de mujeres adultas. Los pesos más bajos al nacer, ocurren con más frecuencia en madres adolescentes y estuvieron asociados con una mortalidad neonatal más alta (14, 15, 19, 20).

Vinatier y cols. encuentra más malformaciones entre los recién nacidos cuyas madres tienen menos de 15 años de edad (20%) que entre los hijos de mujeres de más edad (4%) (Citado en 29).

El índice de mortalidad perinatal es elevado en la población de madres adolescentes. Según Klein, se trata de un índice que probablemente disminuya a medida que aumenta la edad; 39.4 por 1 000 entre las adolescentes de hasta 16 años, 36.1 por 1 000 entre las de 17 y 19 años y 30.7 por 1 000 entre más de 19 años de edad (29).

Según ciertos autores, el índice de mortalidad neonatal es idéntico al de las mujeres adultas, según otros autores es superior.

PRONOSTICO Y PREVENCION.

Los factores que influyen y contribuyen al embarazo de las adolescentes son:

A) Anticoncepción inadecuada por falta de información sexual; barreras y dificultades al acceso de anticonceptivos o centro de planificación familiar; abandono de los métodos anticonceptivos; falta de educación sanitaria.

B) Factores personales e interpersonales, psicológicos y sociológicos, como podrían ser: poca satisfacción escolar, bajo rendimiento, malas relaciones familiares, presiones por parte de la pareja, creerse con suficiente madurez, inseguridad, etc.

En la mayoría de los casos, las relaciones con la familia son conflictivas: los padres rechazan al 5% de las madres jóvenes. En 1960, al nacer su hijo el 15% de las madres adolescentes no se habían casado; esta cifra alcanza el 50% en 1980; muchas de ellas ya se han separado del padre de su hijo al cabo de 2 años.

Es frecuente que haya un segundo embarazo pasado un corto plazo: según Guilbert y cols., el 20% de las madres adolescentes vuelven a embarazarse en un período de 18 meses; según Davis, el 36% al cabo de 2 años de haber tenido su primer hijo (Citado en 29).

Según Guilbert y cols., entre el 50% y el 75% de las adolescentes abandonan la escuela en el transcurso del embarazo. La mitad de ellas no vuelve nunca a la escuela, el 43% si lo hace, aunque no completa su formación. Según Valenzuela menos del 50% de las madres adolescentes termina la escuela secundaria y únicamente el 2 % de ellas prosigue estudios universitarios (15).

McCue Horwitz, interrogó, 20 años más tarde a mujeres que habían tenido su primer hijo durante la adolescencia: entre ellas había un 68% solteras, sólo el 71% habían continuado su escolaridad hasta el segundo ciclo de la secundaria, el 17% consumía alcohol o drogas y el 11% seguían un tratamiento por depresión.

En cuanto al pronóstico del feto, entre el 5% y el 9% de los recién nacidos hijos de madres adolescentes son abandonados al nacer.

PREVENCION.

La prevención puede llevarse a cabo a varios niveles:

Prevención primaria: ésta se lleva a cabo antes de la edad de actividad sexual.

Prevención secundaria: ésta se dirige a las adolescentes sexualmente activas que no quieren embarazarse.

Estas dos primeras etapas se basan en la información (fisiología y anatomía del cuerpo humano, enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos) y su difusión debe estar a cargo de los medios masivos de comunicación, así como de los padres y docentes (29).

Es necesario llevar a cabo otros programas, en particular asociados con la planificación familiar en los establecimientos escolares.

Prevención terciaria: la cuál está dirigida a las adolescentes embarazadas, prevé un seguimiento global de la futura madre tanto a nivel médico como desde el punto de vista psicosocial y de la alimentación. Los resultados de este tipo de prevención también son alentadores, ya que se comprueba una disminución de las principales complicaciones del embarazo.

En las preparatorias de Boston, en una revisión, se expandieron oportunidades de servicio a la comunidad en promoción de salud y prevención de enfermedades para aproximadamente 20% de las estudiantes que están embarazadas o que son madres (34).

El ayudar a las madres a criar a sus infantes con bajo peso al nacer es una meta apropiada en el manejo Clínico.

Los programas preventivos incluyendo la planificación familiar, servicios de salud mental, prevención de programas de rehabilitación de drogas. Esto ha alcanzado una gran importancia para éste grupo de pacientes obstétricas adolescentes.

II

OBJETIVOS

El objetivo primario radicó en conocer los riesgos que representa el embarazo en las pacientes adolescentes para prevenirlos o manejarlos adecuadamente.

Valorar la verdadera Morbi-Mortalidad Materno-Fetal en las pacientes obstétricasadolescentes.

JUSTIFICACION.

Debido a que en el Municipio de Huamantla, Tlaxcala la mayoría de la población que se atiende en el Hospital General de la S.S.A. es rural, la incidencia del embarazo en la adolescencia es importante, por lo que se debe de investigar si el embarazo, en esta edad, compromete la vida de la madre y del producto, y conocer los riesgos que representa el mismo en la adolescencia o investigar si solamente es un problema social por falta de información o exclusivamente por factores culturales.

En el Municipio de Huamantla, Tlaxcala, existen aproximadamente 3,800 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, que representa un 11 % de la pirámide de población de este Municipio.

De acuerdo al comportamiento histórico reproductivo de la mujer en el Hospital General de Huamantla, Tlaxcala, de las pacientes obstétricas que se hospitalizan, un 25 % corresponde a mujeres de este rango de edad, por lo que es trascendente conocer los riesgos que representa el embarazo en la adolescencia para prevenirlos o manejarlos adecuadamente y valorar la verdadera morbi-mortalidad materno-fetal en estas pacientes.

MATERIAL Y METODO.

El material que emplearemos para este trabajo serán todos y cada uno de los expedientes de pacientes obstétricas de 15 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital General de la S.S.A. de Huamantla, Tlaxcala, en el período comprendido de agosto de 1997 a enero de 1998. De la población en general se atendieron 772 pacientes obstétricas, (499 partos, 215 cesáreas y 58 abortos), de éstas se analizaron 161 expedientes que corresponden a pacientes menores de 19 años de edad (102 partos, 45 cesáreas y 14 abortos) y que equivalen al 20.8 % de las pacientes atendidas en el servicio de Obstetrícia. Así como 17 expedientes de pacientes neonatos hijos de madres adolescentes que corresponde al 2.4 % de la población en general y 65 expedientes de neonatos hijos de madres adultas, siendo un total de 82 pacientes que se hospitalizaron en esta institución por alguna complicación neonatal en este mismo período y que corresponde al 11.5 % de la población en general.

Se estudiaron los expedientes ya mencionados y se incluirán a todas las mujeres en este rango de edad tomando como variables: número de Gestas, Paras, Cesáreas, Abortos; edad gestacional, si recibió control prenatal, número de consultas; evolución y complicaciones del embarazo; desarrollo del trabajo de parto, tiempo del trabajo de parto; ruptura de membranas (espontánea, artificial, características del líquido amniótico); resolución del embarazo (eutósico, distócico o cesárea); tipo de anestesia (general, regional); evolución y complicaciones del puerperio; estado y complicaciones del recién nacido al nacer (edad gestacional, peso, índice de Apgar, Silverman, reanimación neonatal, óbito y muerte neonatal.); morbilidad y mortalidad materno-fetal y método anticonceptivo.

Se realizará un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y observacional para determinar los principales factores de riesgo en la adolescencia que puedan ocasionar un aumento en la morbi-mortalidad materno-fetal.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

POBLACION CONTROL.

Partos	449	}	Partos + Cesáreas = 664
Cesáreas	215		

Abortos	58
---------	----

Total	722
--------------	------------

GRUPO EN ESTUDIO.

Partos	102	}	Partos + Cesáreas = 147.
Cesáreas	45		

Abortos	14
---------	----

Total	161
--------------	------------

ENBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

PARTOS	CESAREAS	ABORTOS
449	215	58

GRUPO EN CONTROL



PARTOS	CESAREAS	ABORTOS
102	45	14

GRUPO EN ESTUDIO



RESULTADOS.

Edad de las pacientes: Se encontró que de las pacientes que recibieron atención obstétrica (partos, cesáreas y abortos) 17 pacientes son menores de 15 años y representan el 2.3 % de la población en general . De éstas sólo un caso de 12 años de edad; 59 adolescentes de 16 a 17 años que representan el 8.1 % y 85 adolescentes de 18 a 19 años de edad que representan el 11.7 % de la población en general (tabla I).

Número de gestaciones, antecedentes de paridad, abortos y cesáreas:
En el grupo de estudio (161), la mayoría de las pacientes son nulíparas 116 (72 %), 38 secundigestas (23.6 %) y 7 trigestas (4.3 %). De las 38 pacientes secundigestas 21 tienen antecedente de un parto, 5 de una cesárea anterior y 12 de un aborto. De las 7 pacientes con tres gestaciones, 2 tienen el antecedente de dos partos anteriores; 2 con cesárea Iterativa, una con un parto y un aborto; una con un parto y una cesárea, y otra con una cesárea y un aborto. Por lo tanto el 28 % tienen el antecedente de una o más gestaciones (tabla II y III).

Control prenatal: En el grupo de estudio (147) 104 pacientes llevaron control prenatal 70.7 % y 43 pacientes sin control 29.2 %. Se distribuyeron en las que acudieron entre 1 a 3 consultas 36 pacientes 24.4 % ; de 4 a 6 consultas 41 pacientes 27.8 % y más de 7 consultas 27 pacientes 18.3 %. Dando un total de 147 pacientes que corresponde a nuestro grupo en estudio (tabla IV).

Evolución y complicaciones del Embarazo: Del grupo en estudio (147), fueron mayores la Ruptura Prematura de Membranas 5 casos 3.4 %; Anemia 4 casos, Amenaza de parto pretérmino 4 casos, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo 4 casos e Infección de Vías Urinarias 4 casos con el mismo porcentaje cada una 2.7 %; Amenaza de Aborto 3 casos y Embarazo Prolongado 3 casos con el mismo porcentaje cada una 2 %; Embarazo Gemelar 2 casos 1.3 %; Parto Inmaduro un caso, Placenta Previa un caso, Condilomatosis un caso, todas ellas con el mismo porcentaje 0.6 % (Tabla V).

Tiempo de Trabajo de Parto y resolución: Del grupo en estudio (147), 135 presentaron trabajo de parto y 12 fueron programadas. 72 tuvieron menos de 10 horas de evolución (53 %) y 63 (46.7 %) presentaron más de 10 horas de trabajo de parto (Tabla VI).

De las 72 que tuvieron menos de 10 horas de evolución, 59 (81.9%) terminaron en parto eutósico y 13 (18.1%) terminaron en cesárea. Y de las 63 que tuvieron más de 10 horas de evolución, 43 (68.3%) terminaron en parto eutósico y 20 (31.7%) en cesárea. (Tabla VI).

Resolución del embarazo: En la población general, (grupo control 664) se practicaron en este período, 449 partos eutósicos que corresponden al 67.6% de frecuencia. Del grupo en estudio (147 pacientes) se practicaron 102 partos eutósicos que corresponden al 75.6%. (Tabla VII).

De estas pacientes sólo a 10 se les practicó analgesia obstétrica.

En la población general (664) se practicaron en este período, 215 cesáreas que corresponden al 32.3% de frecuencia. Del grupo control (147 pacientes) se practicaron 33 cesáreas que corresponden al 24.4% y 12 pacientes fueron programadas. En total se practicaron 45 cesáreas del grupo en estudio que corresponde al 30.6% (Tabla VII).

De estas pacientes a todas se les efectuó bloqueo peridural sin ninguna complicación.

Indicación de cesárea: La indicación más frecuente del grupo en estudio (45) fue la Desproporción Cefalopélvica con 11 casos, 24.4%; seguida de Pre-eclampsia severa 8 casos, 17.7%; distocia de contracción 7 casos, 15.5%; cesárea previa 5 casos, 11.1%; sufrimiento fetal agudo 4 casos, 8.8%; presentación pélvica 3 casos, 6.6%; cesárea iterativa 2 casos, 4.4%; RPM 2 casos, 4.4%; condilomatosis, placenta previa y presentación transversa un caso respectivamente, con el mismo porcentaje 2.2% (Tabla VIII).

De estas pacientes a todas se les efectuó bloqueo peridural sin ninguna complicación.

Aborto: En la población en general, grupo control, se practicaron en este período, 58 legrados uterinos instrumentales por abortos espontáneos, que corresponden al 8% de frecuencia. En el grupo en estudio se practicaron 14 legrados que corresponden al 1.9% de la población en general o grupo control (722) (Tabla IX).

Evolución y complicaciones del puerperio: Morbilidad y mortalidad

materna: Del grupo en estudio (147), once pacientes 7.4 % presentaron desgarros vaginales; sólo a 2 pacientes 1.3 % se les transfundió por anemia grave; dos presentaron síndrome febril 1.3 %; 2 revisiones de cavidad 1.3 % por retención de restos placentarios y una paciente 0.6 % presentó desgarro del cervix secundario a la atención de embarazo gemelar en período expulsivo. No hubo muertes maternas (tabla X).

Semanas de gestación: En el grupo en estudio (147 casos) se encontró: Embarazo inmaduro de menos de 29 semanas 8 casos 5.4 %; embarazo pretérmino menor de 37 semanas 20 casos 13.6 % ; el mayor porcentaje fue en el embarazo a término de 38 a 42 semanas con 116 casos 78.9 %; y sólo 3 casos 2 % de embarazo prolongado de más de 42 semanas de gestación. (tabla XI).

Peso del producto: En el grupo en estudio (147) predominó el peso normal: entre 3000 y 3999 grs. en 72 casos 48.9 %; seguido por el peso subnormal entre 2000 y 2999 grs. en 69 casos 46.9 %; y menos de 1999 grs en 6 casos 4 % . No hubo productos de más de 4,000 grs. (tabla XII).

Apgar de los productos: En el grupo de estudio (147) la puntuación de Apgar al minuto y a los 5 minutos de 7-10 fué de 140 casos 95.2 %; de 5-7 5 casos 3.4 % ; y de 2-4 sólo 2 casos 1.3 %. Con tres óbitos parto 2% (tabla XIII).

Morbilidad perinatal: Del grupo en estudio (17 neonatos) predominó la prematurez en 5 casos con el 29.4 %; 3 presentaron Ictericia no fisiológica 17.6%; 2 con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR); 2 potencialmente infectados; y 2 con hipoglucemia que corresponde al 11.7 %; un neonato con aspiración de meconio; uno con dismorfismo: Atresia Esofágica y uno con Membrana Hialina que corresponde al 5.8 % cada uno (tabla XIV).

Muerte perinatal: En la población en general, grupo control (664) hubo 24 casos de muertes perinatales (34 x 1000 nacidos vivos). En nuestro grupo en estudio de pacientes adolescentes hubo dos óbitos anencéfalos; 2 prematuros por asfíxia severa y un producto inmaduro, siendo un total de sólo 5 muertes perinatales (tabla XV).

Morbilidad y mortalidad perinatal: De la población en general, grupo control (664), 82 pacientes ingresaron al servicio de neonatología que corresponde al 12.3 %; de esta población hubo 24 muertes perinatales que corresponde al 3.6 %. De las pacientes adolescentes, 17 neonatos ingresaron al servicio que corresponde al 2.5 % de la población en general y sólo hubo 5 muertes perinatales que corresponde al 0.7 % de la población en general o grupo control (tabla XVI).

Métodos anticonceptivos: De 102 partos eutócicos del grupo en estudio, se les aplicó el Dispositivo Intrauterino (DIU) post parto a 56 adolescentes.

De 45 cesáreas del grupo en estudio , se les aplicó el DIU post-cesárea a 13 pacientes adolescentes.

De los 14 abortos del grupo en estudio, se les aplicó DIU post-LUI a 7 pacientes adolescentes .

En total se aplicaron 76 DIUS (post-partos, post-cesáreas y post-LUI) que corresponden al 47.2 % del grupo en estudio (161 pacientes).

El resto 52.8% no aceptó ningún método anticonceptivo.

Sólo a una paciente de 17 años de edad se le practicó O.T.B. por presentar el antecedente de dos cesáreas anteriores, 0.6 %. El total de productividad fue de 47.8 %. (tabla XVII).

VI GRAFICAS Y TABLAS

Tabla I

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Edad				
Años	Casos	%	Grupo Control	%
12-15	17	2.3		
16-17	59	8.1		
18-19	85	11.7		
Total	161	22.1	722	100

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

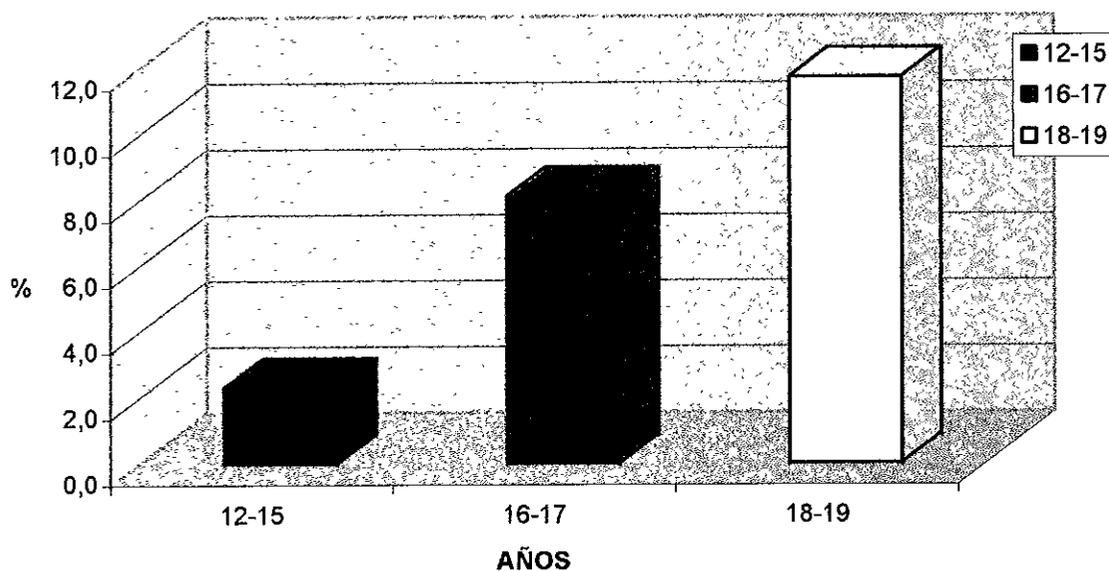


Tabla II

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

	Casos	%
Nuliparas	116	72.0
Secundigestas	38	23.6
Trigestas	7	4.3
Total	161	100,0

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

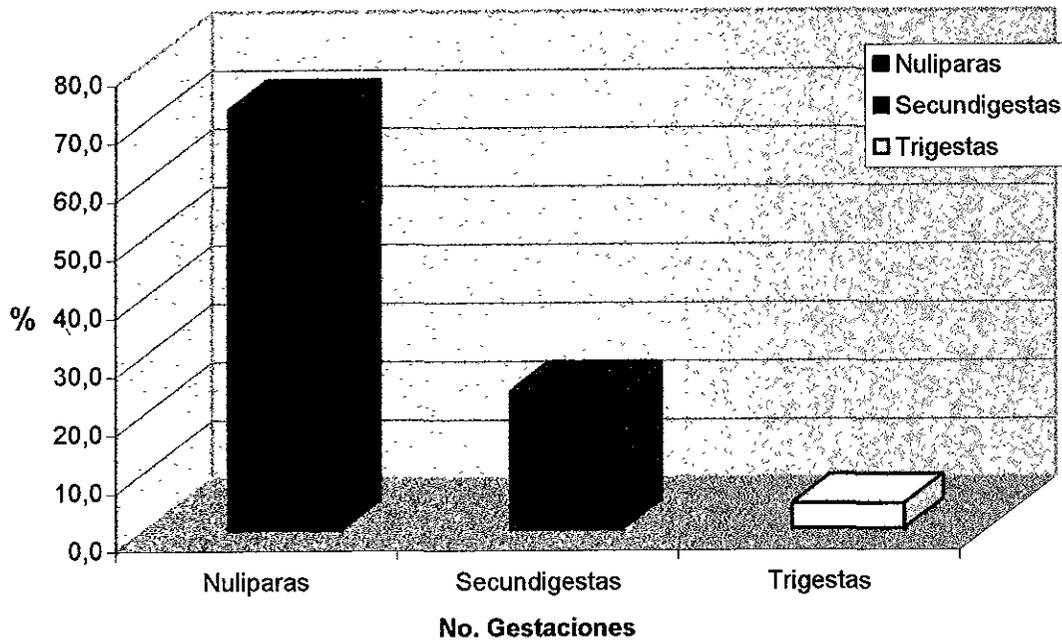


Tabla III

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

No.Paridad			
	Casos	Casos	%
Nuliparas	116		
Secundigestas		38	
Trigestas		7	
Total		45	28

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

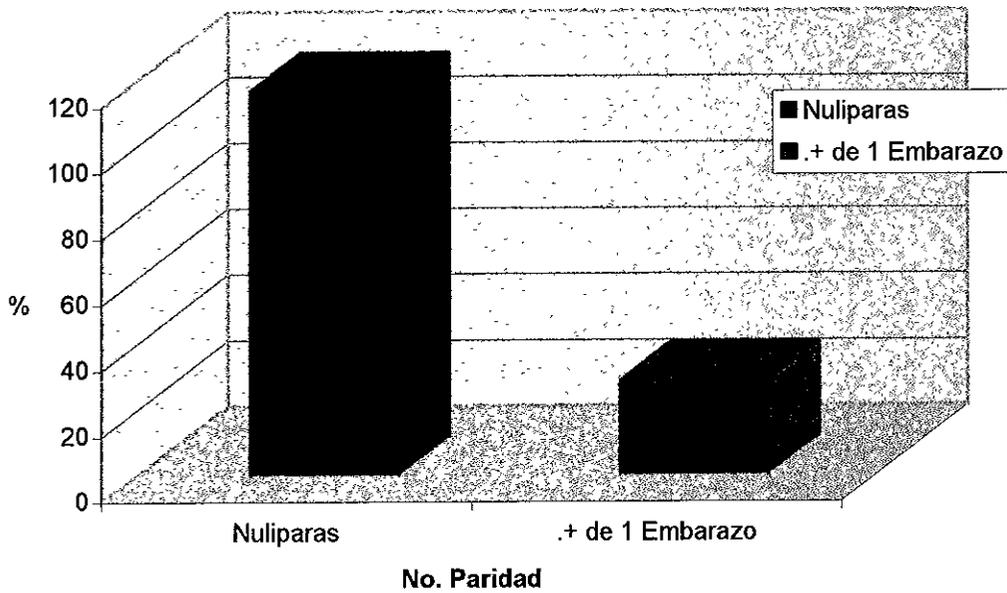


Tabla IV

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Control Prenatal		
Consultas	Casos	%
1-3	36	24.4
4-jun	41	27.8
+ de 7	27	18.3
Con control prenatal	104	70.7
Sin control prenatal	43	29.2
Total	147	100.0

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

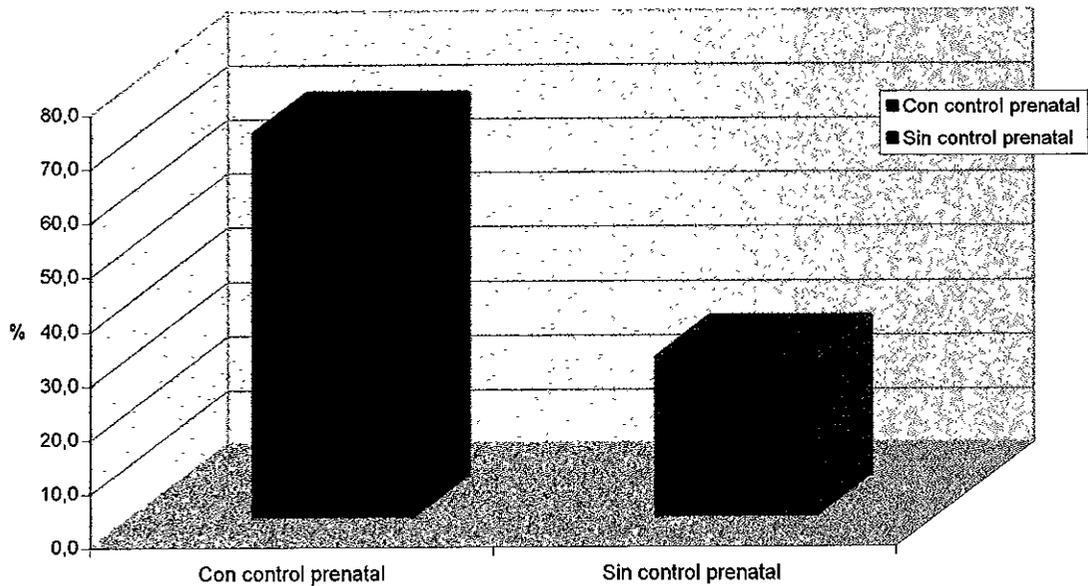


Tabla V

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Evaluación y complicaciones del embarazo		
Complicaciones	Casos	%
R.P.M.	5	3.4
Anemia	4	2.7
Amenaza de parto pretérmino	4	2.7
Enf.Hipertensiva del embarazo	4	2.7
I.V.U.	4	2.7
Amenaza de aborto	3	2.0
Embarazo prolongado	3	2.0
Embarazo gemelar	2	2.0
Placenta previa	1	0.6
Condilomatosis	1	0.6
Total	31	21.4

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

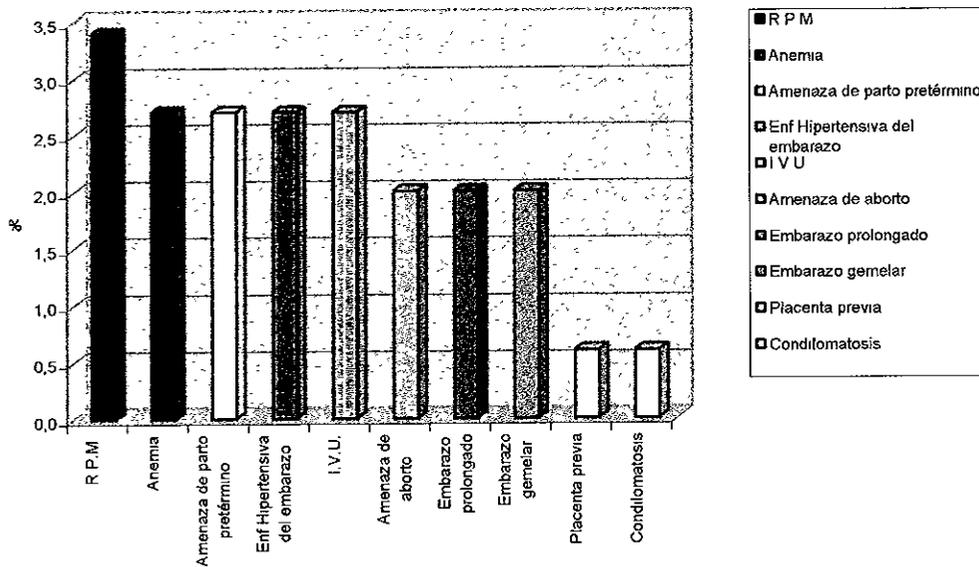


Tabla VI

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Tiempo de Trabajo de Parto y Resolución				
	-10 hr.	%	+10 hr.	%
Grupo Estudio 135	72	53	63	46.7
Resolución				
Parto Eutotico	59	81.9	43	68.3
Cesarea	13	18.1	20	31.7

12 adolescentes programadas para cesárea

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

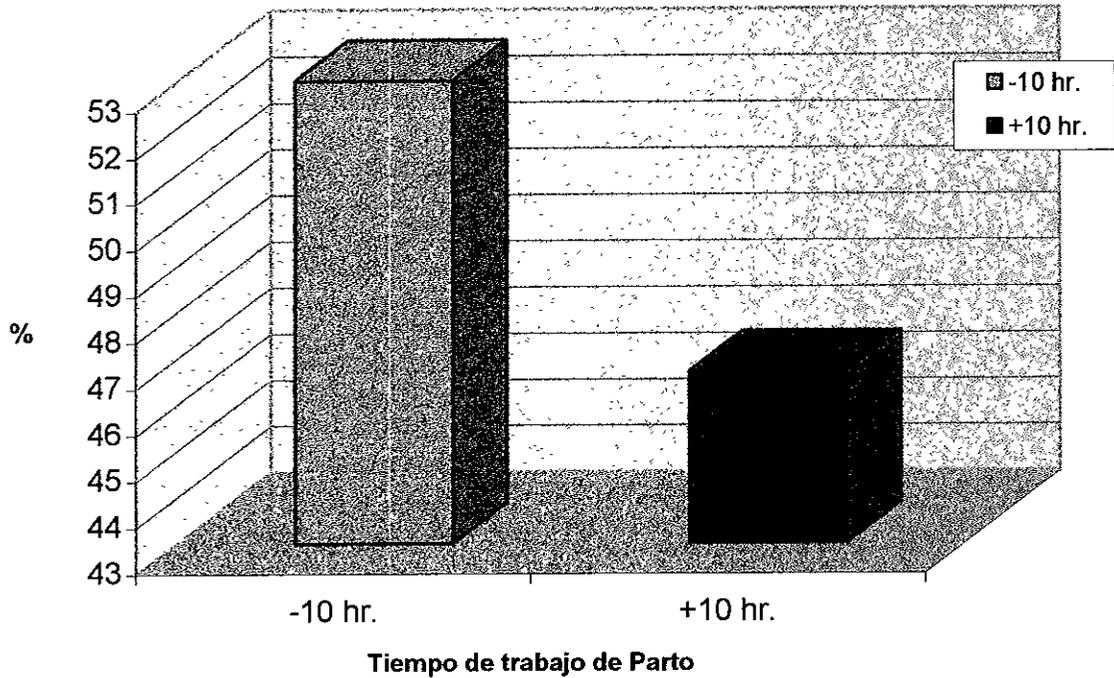


Tabla VII

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Resolución del embarazo					
	Parto eutósico	%	Cesárea	%	Total
Grupo control	449	67.6	215	30.1	664
Adolescentes	102	75.6	33	24.4	135

12 adolescentes programadas para cesárea

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

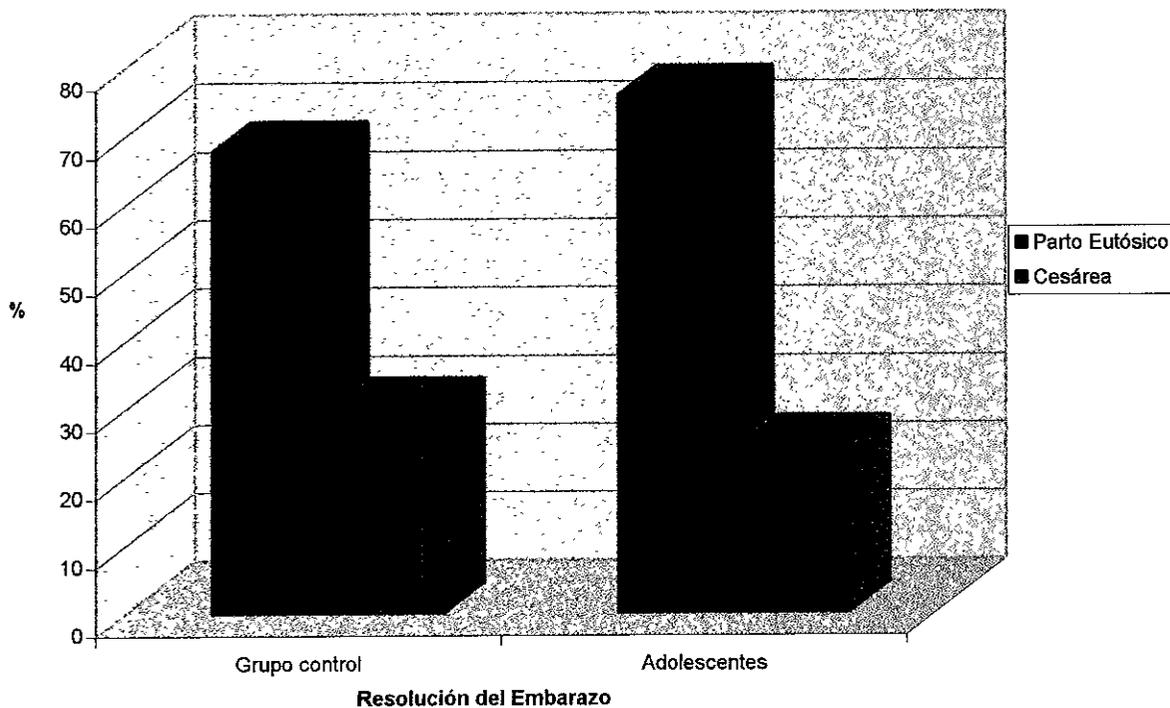
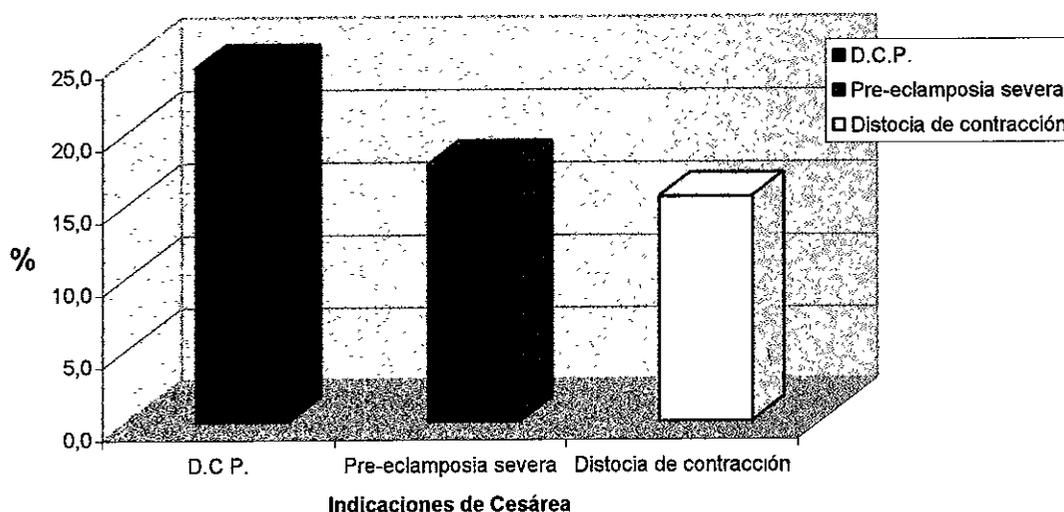


Tabla VIII

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Indicación de Cesárea		
Indicación	Casos	%
D.C.P.	11	24.4
Pre-eclampsia severa	8	17.7
Distocia de contracción	7	15.5
Cesárea previa	5	11.1
Sufrimiento fetal	4	8.8
Presentación Pélvica	3	6.6
Cesárea Iterativa	2	4.4
R.P.M.	2	4.4
Condilomatosis	1	2.2
Placenta previa	1	2.2
Presentación Transversa	1	2.2
Total	45	100

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.



EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Abortos		
Grupo Control	LUI	%
722	58	8
Adolescentes en Estudio		
161	14	1.9

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

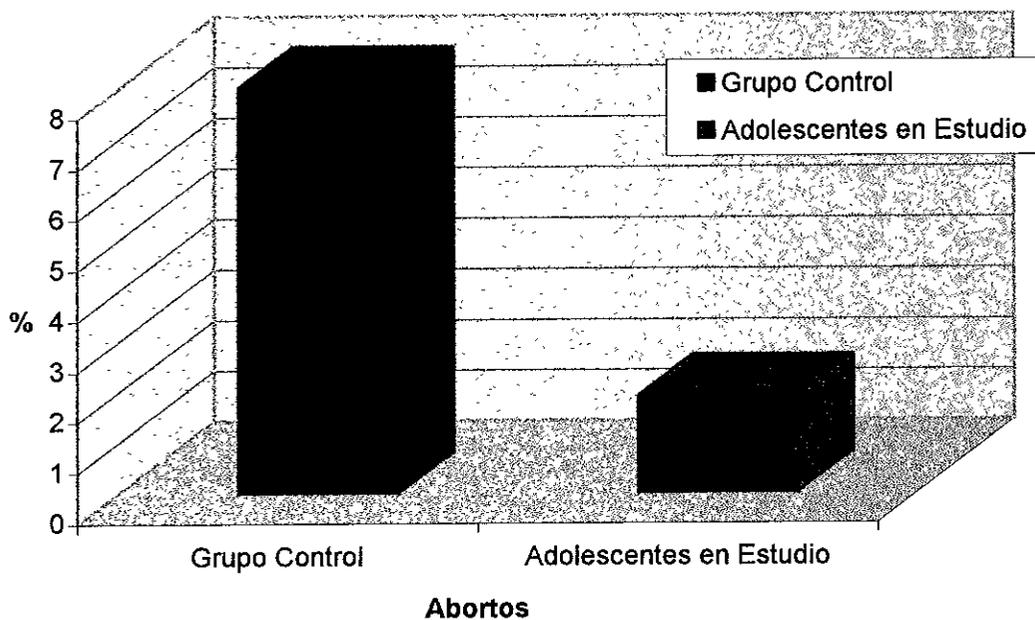


Tabla X

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Evaluación y complicaciones del puerperio		
<i>Morbi-mortalidad materna</i>		
Complicaciones	Casos	%
Desgarros vaginales	11	7.4
Transfuciones	2	1.3
Sindrome febril	2	1.3
Revisión de cavidad	2	1.3
Desgarros de cervix	1	0.6
Total	18	12.0
Muertes maternas	0	0

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

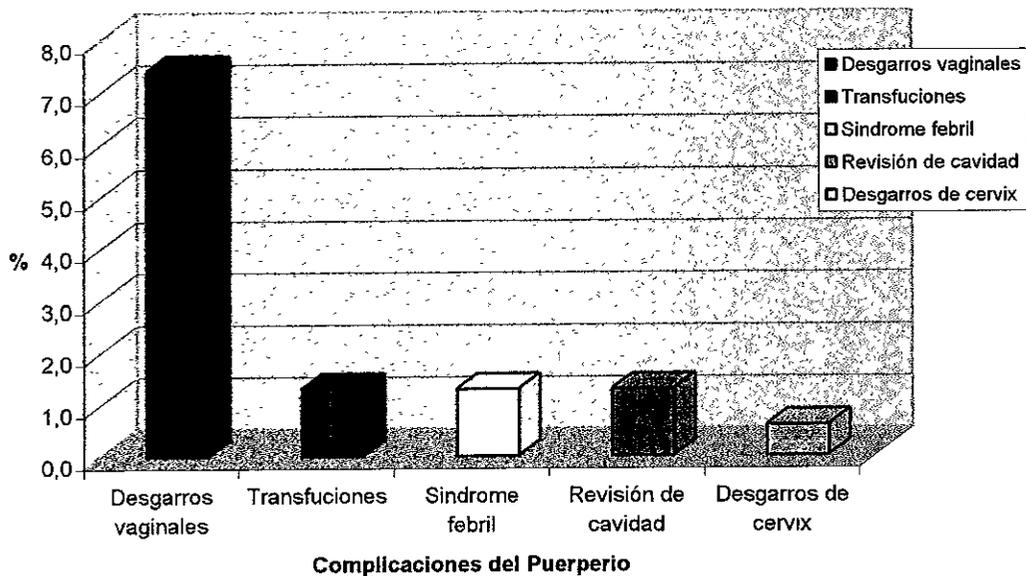


Tabla XI

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Semanas de Gestación		
No.de Semanas	Casos	%
20-29	8	5.4
30-37	20	13.6
38-42	116	78.9
+ de 42	3	2
Total	147	100

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

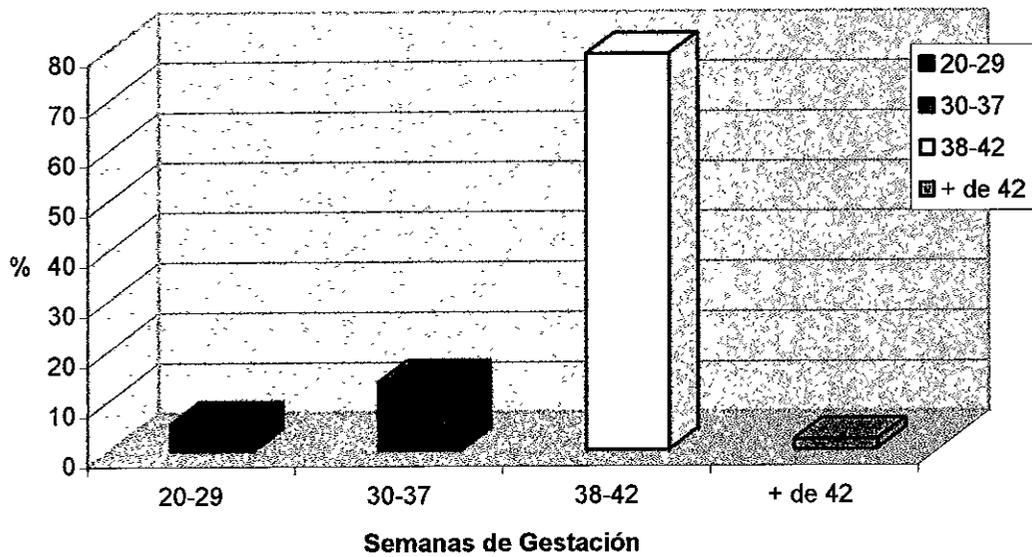


Tabla XII

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Peso de los productos		
Peso	Casos	%
500-999	1	0.6
1000-1499	3	2.0
1500-1999	2	1.3
200-2999	69	46.9
3000-3999	72	48.9
+ de 4000	0	0.0
Total	147	100.0

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

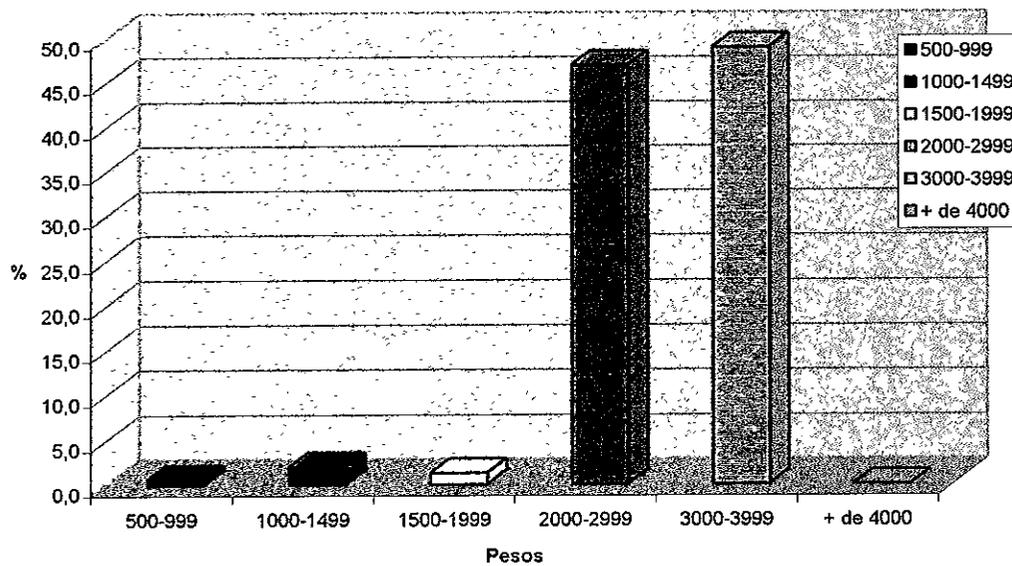


Tabla XIII

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Apgar al minuto y a los 5 minutos		
Apgar	Casos	%
7-10	140	95.2
5-7	5	3.4
2-4	2	1.4
Total	147	100

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

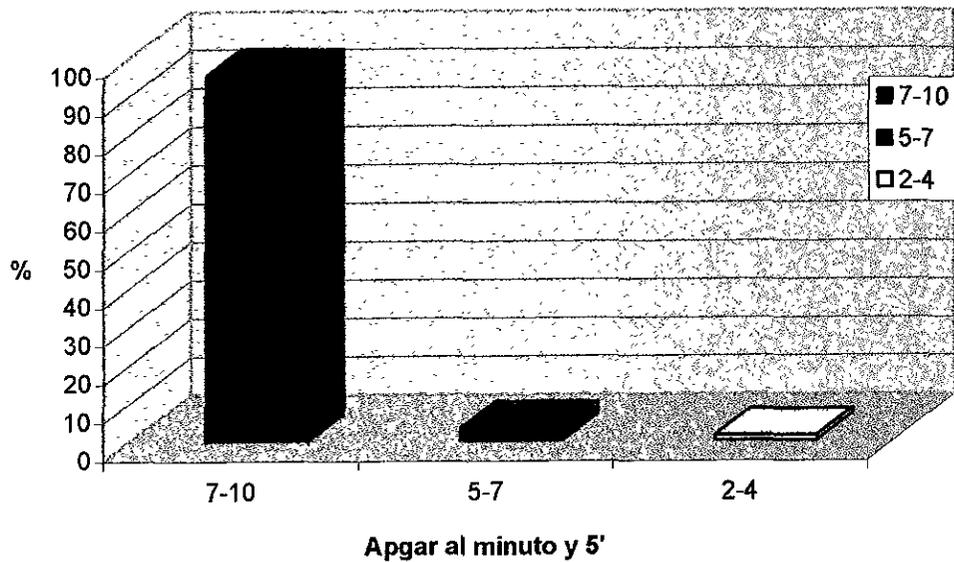


Tabla XIV

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Morbilidad perinatal		
Complicación	Casos	%
Prematurez	5	29.4
Ictercia no fisiológica	3	17.6
Síndrome Dificultad Resp.	2	11.7
Potencialmente infectado	2	11.7
Hipoglucemia	2	11.7
Aspiración de meconio	1	5.8
Dismorfismo: Atresia Esofágica	1	5.8
Membrana Hialina	1	5.8
Total	17	100.0

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

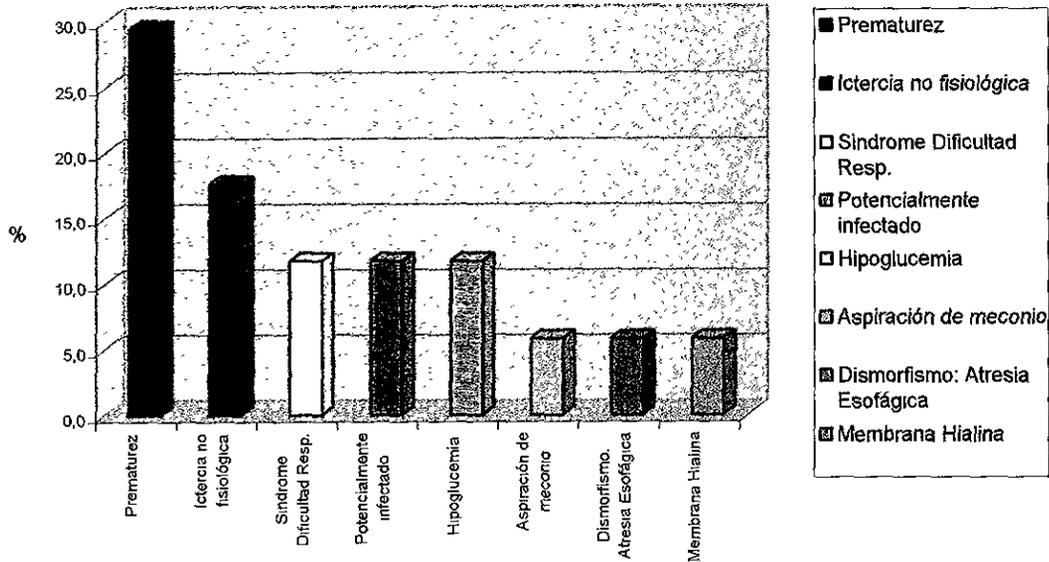


Tabla XV

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Muerte perinatal			
Grupo control (664)	Causas	Casos 24	Tasa 34x1000 Nacidos vivos
Adolescentes (147)	Obito	2	
	Asfixia	2	
	Inmaduro	1	
Total		5	34x1000 Nacidos vivos

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

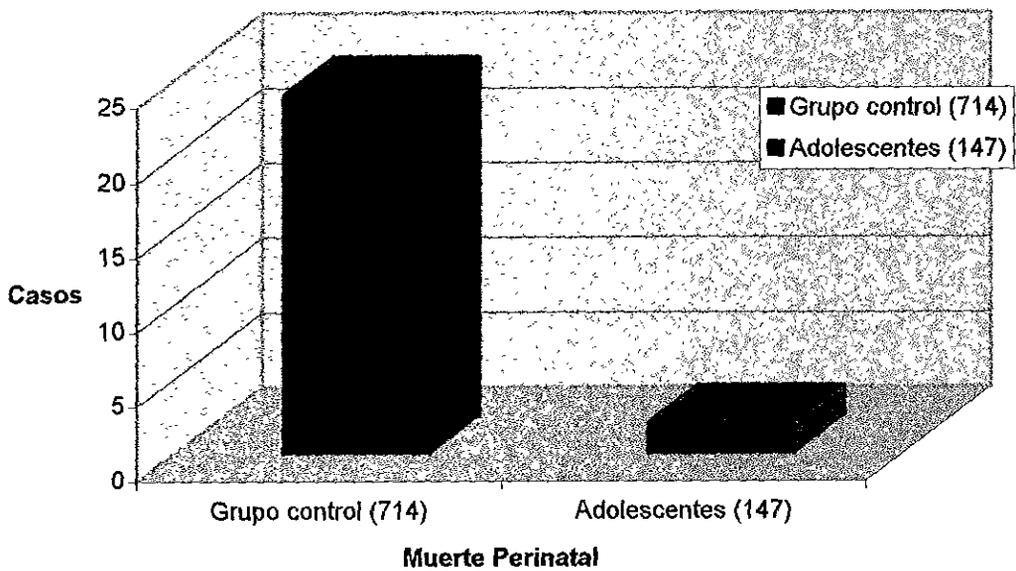


Tabla XVI

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Morbilidad y mortalidad perinatal				
	Ingreso a neonatos	%	Mortalidad	%
Grupo control (664)	82	12.3	24	3.6
Adolescentes	17	2.5	5	0.7

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.

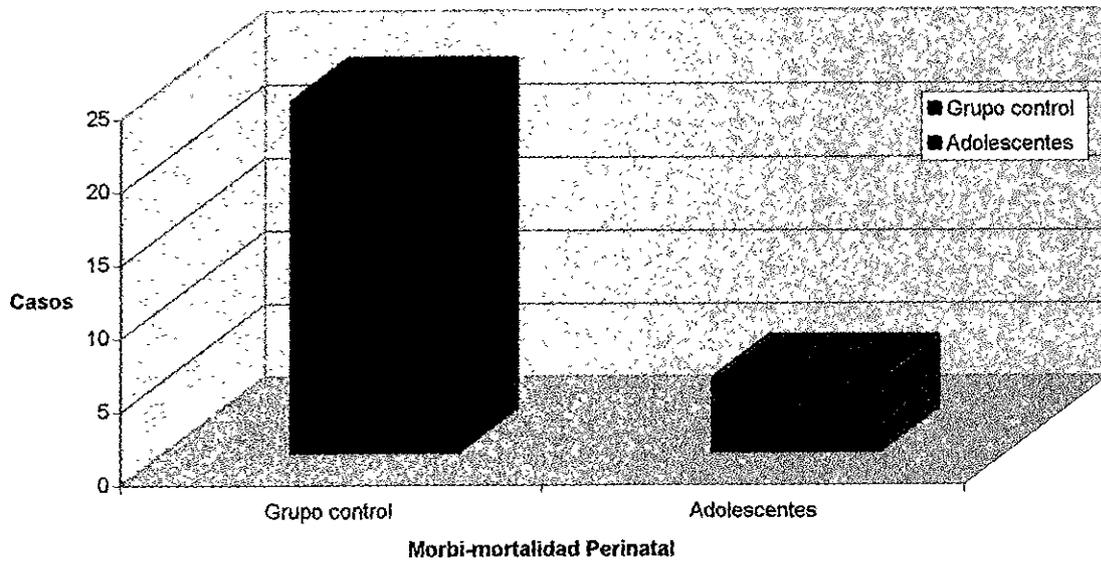


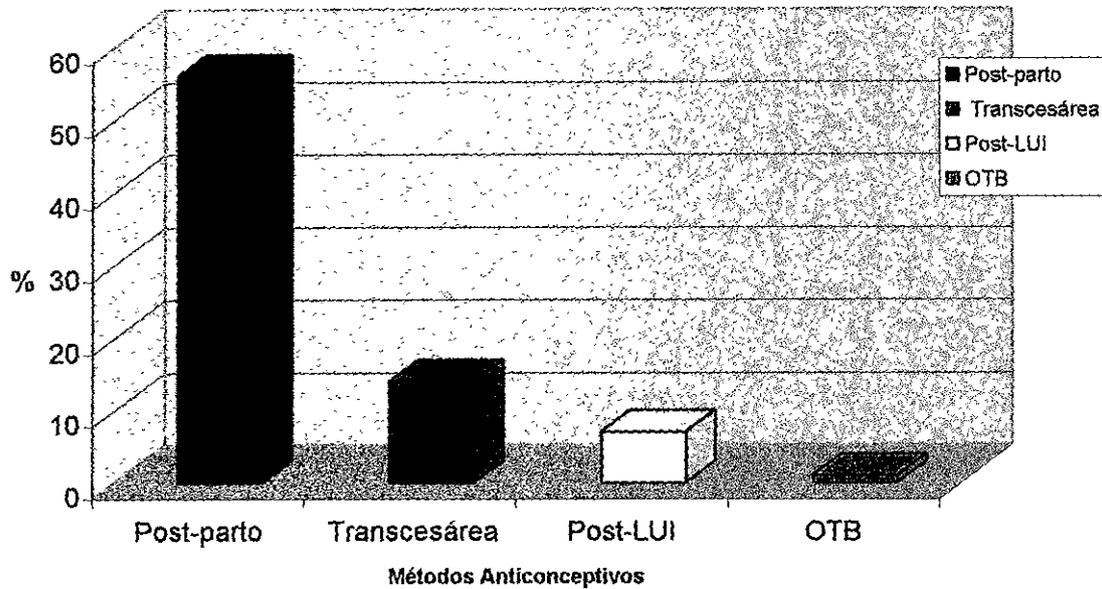
Tabla XVII

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Métodos Anticonceptivos Eventos Obstétricos (161 casos)					
Evento	Post-parto	Transcesárea	Post-LUI	Total	Productividad %
DIU	56	13	7	76	47.2
OTB		*1		1	0.6
Total	56	14	7	77	47.8

* Sólo una paciente de 17 años se le efectuó OTB Transcesárea por presentar el antecedente de 2 cesáreas anteriores.

Hospital General S.S.A. Huamantla, Tlaxcala.



VII

DISCUSIONES.

Con el objetivo de conocer la Morbi-mortalidad materna-fetal en el embarazo de adolescentes y conocer los riesgos que representa el embarazo en este grupo de edad para prevenirlos o manejarlos adecuadamente se analizaron 161 casos.

Se encontró que en el Hospital General de la S.S.A. de Huamantla, Tlaxcala, un 20.9 % de pacientes que recibieron atención obstétrica en el período comprendido de agosto de 1997 a enero de 1998 son menores de 19 años de edad, porcentaje mayor que lo reportado en otros países extranjeros (2) y a nivel nacional (3, 4). Aunque la mayoría de ellos coinciden en señalar que el 45 % de las jóvenes entre 15 y 19 años de edad son sexualmente activas, y de éstas, el 36 % quedan embarazadas en un plazo menor a dos años después de su experiencia sexual inicial. (4). Por lo que respecta a nuestro estudio sólo el 2.3 % (17 casos) son menores de 15 años, de éstas sólo encontramos a una paciente de 12 años de edad. La incidencia de embarazo en adolescentes menores de 15 años es desconocida (3, 35.).

El promedio de edad en nuestro estudio fue de 17.4 años.

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos se encontró que el 27.9 % (45 casos) tenían el antecedente de 1 o 2 embarazos y solamente el 4.3 % (7 casos) el antecedente de 2 embarazos, cifra no consignada en la mayoría de los estudios, pero que nos sugiere que durante la resolución de los embarazos anteriores no hubo deseo de la paciente de tener un período intergenésico mayor de 2 años o tampoco existió la información o promoción sobre el programa de planificación familiar, oportunidad que no se aprovechó. (5, 18, 29). El tener un hijo en edades tan tempranas de su vida tienen repercusiones en la vida futura de la madre, ya que ha sido demostrado por otros autores que estas madres repiten grados escolares, o abandonan la escuela después del embarazo, además de presentar problemas emocionales como agresividad, impulsividad, reveldia (17) y desde luego un riesgo mayor de alcoholismo y/o farmacodependencia (13, 26, 33).

El 70.7 % de las pacientes estudiadas recibieron control prenatal, siendo que el 46% (68 casos) recibió más de 4 consultas durante el embarazo y solamente el 29.2 % (43 casos) no tuvieron control prenatal.

En este medio, a pesar de ser población rural, y debido a que culturalmente el embarazo en la adolescente es permitido, las pacientes están acostumbradas a recibir control prenatal porque probablemente madres, hermanas o algún otro

familiar se han embarazado y han acudido al médico gineco-obstetra. Lo impactante de nuestro estudio es lo contrario a lo que reportan en otros estudios, donde lo frecuente, en este tipo de pacientes, es que no reciben control prenatal, situación que se ve agravada por la falta de información de las adolescentes en relación al embarazo y la forma de prevenirlo (5, 18, 34).

El 20.6 % (31 casos) de nuestro estudio presentaron complicaciones en el embarazo, siendo las más frecuentes la RPM (5 casos), Anemia (4 casos), Amenaza de parto pretérmino (4 casos), Enfermedad Hipertensiva del embarazo (4 casos) e I.V.U. (4 casos) que representan el 14.2 %. Estas complicaciones, en realidad, no influyeron en la morbi-mortalidad materno-fetal. En otros estudios refieren las mismas complicaciones pero con una mayor frecuencia (7, 8, 9, 12, 21, 24). En nuestro estudio cuando analizamos los antecedentes maternos corroboramos que nuestras madres adolescentes estaban expuestas a todos los factores de riesgo (9) que iremos mencionando, ya que el nivel socioeconómico fue medio o bajo en todos los casos y la escolaridad fue solo de primaria en la mayoría de nuestras pacientes. Otros autores concluyen que la incidencia de pre-eclampsia y eclampsia en adolescentes es más baja que en la población obstétrica en general, pero, si la eclampsia se desarrolla es fulminante y en algunos casos es fatal para la

madre o el feto (38).

En nuestro estudio el 98.8 % (135 casos) se le sometió a prueba de trabajo de parto, de las cuales el 53 % (72 casos) tuvieron su nacimiento antes de las 10 horas, atendándose el 81.9 % (59 casos) por parto eutósico y el 18.1 % (13 casos) por operación cesárea. De las pacientes que se sometieron a trabajo de parto por más de 10 horas 46.7 % (63 casos), el 68.3 % (43 casos) tuvieron su nacimiento por parto eutósico y el 31.7 (20 casos) por operación cesárea. Esto indica que de las pacientes sometidas a trabajo de parto el 75.6 % (102 casos) se resolvió por parto eutósico y el 24.4 % (33 casos) por operación cesárea, ésto es porque en nuestro medio se practica con menor frecuencia la operación cesárea comparado con la población obstétrica general. En la población en general (grupo control) de 664 pacientes el 32.3% (215 casos) terminó en operación cesárea y el 67.6% (449 casos) en parto eutósico durante este mismo período de tiempo, lo que indica que por el sólo hecho de ser adolescente no es una indicación absoluta de operación cesárea y que a todas deberíamos de someterlas a trabajo de parto. Autores demuestran que las madres adolescentes tienen más partos espontáneos y tasas de cesáreas más bajas (35) Sin embargo, un estudio demostró que las mujeres entre 16 y 19 años de edad tuvieron mejores resultados obstétricos

que en la población en general, mientras que los resultados obstétricos para las de 12 a 15 años fueron peores que en la población en general (36).

Dentro de las indicaciones más frecuentes de cesárea en el Hospital General S.S.A. de Huamantla, Tlaxcala, son: Cesárea anterior, Cesárea Iterativa, Desproporción Cefalopélvica, Presentación Pélvica y Pre-eclampsia. Dentro de las indicaciones más frecuentes encontradas en las pacientes adolescentes son las mismas a las indicadas en la población en general, a excepto que en la población en general, la cesárea iterativa y la cesárea previa ocupan los dos primeros lugares por razones obvias. Estas indicaciones, sin importar el orden de frecuencia, son las mismas en todos los servicios de obstetría. (7, 8, 21).

Dentro de la morbilidad del embarazo en la adolescencia a 14 pacientes se les practicó legrado uterino instrumental secundario a aborto espontáneo significando el 1.9 % de riesgo, el cuál es menor que el encontrado en la población en general, o grupo control, cuyo riesgo es del 8% (58 casos). Este porcentaje de riesgo de aborto espontáneo es menor que lo reportado en la literatura extranjera y nacional (23, 29, 39).

La morbilidad materna, en nuestro estudio, representa el 12 % (18 casos) siendo el más frecuente los desgarros vaginales 7.4 % (11 casos), se le transfundió únicamente a dos pacientes 1.3 % y, ninguna causa de morbilidad requirió mayor número de días de hospitalización, por lo que encontramos que la paciente embarazada adolescente la morbilidad es menor que en la población en general (32). De las 45 pacientes adolescentes que se les practicó cesárea no encontramos a la endometritis como complicación más frecuente de morbilidad en dicha cirugía, como la reportada en otros estudios (39) No hubo muerte maternas.

Con respecto a la edad gestacional, el 19 % (28 casos) de los productos nacieron antes de la semana 37 y de estos sólo el 5.4 % (8 casos) fueron menores de 29 semanas. Esto refleja, en nuestro estudio, la poca mortalidad perinatal por causa de la prematurez en las pacientes adolescentes (39). Según la literatura francesa, el porcentaje de partos prematuros oscila entre el 4 y el 45 % según las series y que es probablemente más alto entre las adolescentes que entre la población en general (29).

En nuestro estudio hubo 6 casos de productos menores de 2,000 grs. que representa el 3.9 %; un producto con peso de 700 gr. muriendo por inmadurez y el 95.8 % (141 casos) tuvieron un peso mayor de 2 000 grs. No

encontramos productos macrosómicos de más de 4,000 grs. (35). Nosotros encontramos que existe una frecuencia de prematurez con bajo peso al nacer, donde se pone en riesgo la vida del producto, en un porcentaje menor que lo reportado en otros estudios (14, 15, 19, 20, 29). Por lo tanto, en nuestro estudio no encontramos un riesgo significativo de prematurez con peso bajo al nacer (37).

Respecto a la calificación del Apgar al minuto y a los cinco minutos encontramos que solamente dos productos 1.4 % (2 casos) fueron calificados con Apgar bajo debido a su prematurez. Cinco productos 3.4 % nacieron con Apgar de 5-7 y el 95.2 % (140 casos) fueron calificados con Apgar normales, todo esto, aunado al peso al nacer hace que la morbi-mortalidad perinatal sea menor que lo reportado en otros estudios (14, 15, 19, 20, 25).

Dentro de la morbilidad perinatal del grupo en estudio, requirieron de internamiento al servicio de perinatología 17 casos (100 %). Siendo los diagnósticos más frecuentes la Prematurez 5 casos (29.4 %), Ictericia no fisiológica 3 casos (17.6 %) y Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) 2 casos (11.7 %), las otras causas no fueron significativas. Esta morbilidad perinatal es igual que la encontrada durante el mismo tiempo de nuestro estudio en la población en general (12.3 %). Otros autores mencionan que el

problema de los niños de madres adolescentes se inicia con el embarazo ya que se ha descrito que en este grupo de edad existen mayor número de complicaciones perinatales y por lo tanto mayor morbilidad perinatal. (14, 15, 32). Según Klein, se trata de un índice que probablemente disminuya a medida que aumenta la edad (29).

En nuestro estudio la mortalidad perinatal fue similar (34 X 1 000 Nacidos vivos) a la de la población en general o grupo control. Existen estudios donde se menciona que la mortalidad perinatal en las pacientes adolescentes es mayor que en la población en general (10). Probablemente debido a que el 70.7 % de nuestras pacientes recibieron control prenatal, las cifras con respecto a la morbilidad y mortalidad perinatal no indican un riesgo mayor en la adolescente embarazada.

El problema de los niños de madres adolescentes se inicia con el embarazo ya que se ha descrito que este grupo de edad el riesgo de muerte es de 2.5 mayor que el de las madres mayores de 20 años (10).

En las pacientes adolescentes atendidas obstétricamente por parto, cesárea y legrado uterino instrumental, se realizaron acciones anticonceptivas, principalmente la aplicación del DIU en 76 pacientes (47.2 %) y una paciente

(0.6 %) se le practicó OTB transcesárea por tener el antecedente de dos cesáreas anteriores. La aplicación del DIU en la población en general es del 30.7 % (222 pacientes). La aceptación de la aplicación del DIU indica que si se le hubiera informado previamente a la paciente de la existencia de métodos anticonceptivos probablemente lo hubiera aceptado en lugar de haberse embarazado. Por lo cual se debe de reforzar los programas de educación y de planificación familiar, ya que en nuestro estudio esto no existe (27). En la ciudad de México al igual que en otros lugares de Latinoamérica, el embarazo puede presentarse a temprana edad, muchas veces favorecido por el nacimiento, el nivel cultural bajo (23) y el abuso sexual (22, 28) situación que se ve agravada por la falta de información de los adolescentes en relación al embarazo y la forma de prevenirlo (5, 18, 29) es por ello que suponemos que la frecuencia del embarazo en este grupo de edad es igual o mayor al que presentan los países industrializados, ya que en México las estadísticas oficiales registran 430 000 embarazos anuales en mujeres de 15 a 19 años de edad (6).

VIII

CONCLUSIONES

En nuestro estudio el porcentaje (20.9 %) de pacientes adolescentes atendidas en el servicio de Obstetricia es mayor al reportado en otros países extranjeros y a nivel nacional.

Comparado con la población en general:

- 1.- No presentan mayor riesgo de complicaciones obstétricas.
- 2.- Acuden a control prenatal más frecuentemente.
- 3.- Tienen un período intergenésico más corto por falta de información y programas de planificación familiar.
- 4.- Menor índice de cesáreas, siendo la principal causa la desproporción cefalo- pélvica. Por lo que no es una indicación absoluta en este tipo de pacientes.
- 5.- El porcentaje de Abortos es menor que lo reportado en la literatura.

- 6.- La morbilidad materna es menor.- No hubo muertes maternas
- 7.- Existe menos prematuridad y menos productos con peso bajo al nacer.
- 8.- La morbi-mortalidad perinatal es similar, o no indica un riesgo mayor.
- 9.- En este tipo de pacientes son susceptibles a aceptar métodos anticonceptivos temporales como el DIU, siempre y cuando tengan una información adecuada. Se debe reforzar más los programas de educación sexual y planificación familiar ya que en nuestro estudio esto no existió.

CONCLUIMOS: QUE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, EN NUESTRO MEDIO, LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL ES MENOR, COMPARADO CON LA POBLACION EN GENERAL . POR LO TANTO MAS QUE TODO ES UN PROBLEMA SOCIAL Y QUE DEBEMOS DE INTENSIFICAR MAS LAS CAMPAÑAS DE EDUCACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Haye CD. Risking tue future; adolecent sexuality,pregnancy and childbearing. Washington DC: National Academy Press, 1986.
- 2.- Klein L. Antecedentes del embarazo en adolescentes. Clin Obstet Gynecol 1978; 4:1199-209.
- 3.- Duehoelter JH, Jimenez JM, Bauman G. Pregnancy performance of patients under fifteen years of age. Obstet Gynecol 1975; 46:49-52.
- 4.- Hofferth SL, Kahn JR, Baldwin W. Premarital sexual activity among US teenage women over the past three decades. Fam Plann Perspect 1987; 19: 46-51.
- 5.- Weiss P, Diaz-Loving R, Andrade P, Atking LG. Reporte final de investigación: adolescentes en la ciudad de México, estudio psicosocial de las practicas anticonceptivas y embarazo no deseado. Conclusiones y recomendaciones. Facultad de Psicología, México, D.F.: UNAM, 1987.

- 6.- CONAPO. Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994. México, D.F. , 1991.
- 7.- Mc Arney E, Lawrence R, Ricciuti H, Polley J, Szalagyi M. Interactions of adolescent mother and their 1 year old children. Pediatrics 1986; 78: 585-90.
- 8.- Davis S. Embarazo en adolescentes. Clin Pediatr Norteam 1989; 3: 722-32.
- 9.- Zuckerman BM, Alpert J, Dooling R. Neonatal outcome: is adolescent pregnancy a risk factor? Pediatrics 1983.
- 10.- Davis R. Adolescent pregnancy and infant mortality: isolating the effect of race. Adolescence 1988; 23: 899-908.
- 11.- Curtis HA, Tripp JH, Lawrncw C, Clarke W. Teenage relationships and sex education. Arch Dis Child 1988; 63: 935-41.
- 12.- Burrows R. Growth and development in children from adolescent from adolescent mother of mid-low socioeconomic level: II part 30 months old. Rev. Chil pediatr 1986; 57: 491-6.

- 13.- Elster AB, Medical and psychosocial risk of pregnancy and childbearing during adolescence. *Pediatr Ann* 1980; 9:11.
- 14.- Smolen P, Miller Ch, O Neal R, Lawless M. Health problems during the first year of life in infants born to adolescent mothers. *South Med J* 1984; 77: 17-20.
- 15.- Valenzuela S. First year of life in children born of adolescents. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1987; 81-5.
- 16.- Ehrenfeld N. La adolescente embarazada, su perfil y un programa hospitalario para su atención. México: Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, 1992.
- 17.- Servin-LA, Peters-PL, Schwartzman-AE. Longitudinal study of early childhood injuries and acute illnesses in the offspring of adolescent mothers who were aggressive, withdrawn, or aggressive-withdrawn in childhood. *J-Abnorm- Psychol.* 1996; 105: 500-7.
- 18.- Kirby-DB, Brown-NL. Condom availability programs in U.S. schools. *Fam-Plann-Perspect* 1996; 28: 196-202.

- 19.-Rees JM.,Lederman SA, Kiely JL. Birth weight associated with lowest neonatal mortality: infants of adolescent and adult mothers. Pediatrics 1996; 98: 1161-6.
- 20.- Valdez F, Valle O. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta. Ginecologia y Obstetricia de México 1996; 64: 209-13.
- 21.- Porozhanova V, Bozhinova S, Khristova V. The perinatal outcome in adolescents with eclampsia and the HELLP syndrome. Akush-Ginekol Sofiia.1996; 35:14-6.
- 22.- Widom CS, Kuhns JB. Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study. Am.J.Public.Healt. 1996; 86: 1607-12.
- 23.- Prajayayothin P, Dhamprapha R. Unwanted pregnancy: it's existing solutions from the perspective of young adults in Bangkok and the abortion law. Med-Law.1996; 15: 365-73.

- 24.- Acquavella AP, Rubin A, D'Angelo LJ. The coincident diagnosis of pelvic inflammatory disease and pregnancy: are they compatible? J.Pediatr.Adolesc.Ginecol. 1996; 9: 129-32.
- 25.- Porozhanova V, Bozhionova S, Velkova A, Polovski K. The perinatal results in underage mothers. Akush-Ginekol-Sofia. 1995; 34: 12-4.
- 26.- Azzam FJ, Padda GS, DeBoard JW, Krock JL, Kolterman SM. Preoperative pregnancy testing in adolescents. Anesth-Analg.1996; 82: 4-7.
- 27.- Creatsa GC. Adolescent pregnancy in Europe. Int-J-Fertil-Menopausal-Stud.1995; 40 Suppl 2: 80-4.
- 28.- Rainey DY, Stevens-Simon C, Kaplan DW. Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? Child-Abuse-Negl.1995;19:1283.
- 29.- Janky E, Gallais A, Landre M. Generalidades sobre el embarazo y el parto en las adolescentes. Enciclopedia Médico-Quirúrgica , Elsevier Paris 1997; T-3, 5016D-10 1-7.

- 30.- Pernoll ML. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétrico 1993;
Sexta Edición: 77-78.
- 31.- Monreal JL, Martí JM, Gispert C. Embarazo en la adolescencia.
Enciclopedia de la Sexualidad. Editorial Oceano, Barcelona ,1990;
I:32,34,57,60,62,63,68,73,78; II: 4,90,110; III: 68,105,145,147; IV:
11,135.
- 32.- De la Garza QC, Celaya JA, Hernández EC, Palacios EG.
Primigesta adolescente. Ginec Obstet de México,1997; 65: 533-37
- 33.- Narring F, Michaud PA, Sharman V. Demographic and behavioral
factor associated with adolescent pregnancy in Switzerland.
J:Abnorm Psychol, 1996; 28: 232-6.
- 34.- Baez AE, Velasquez HA. Focus on risk in adolescent pregnancy.
Revista Cubana Enferm, 1995; 11: 57'63.
- 35.- Plockinger B, Ulm MR, Chalubinski K, Schaller A. When
children "have children" reproduction biological problems in girls
between 11 and 15 years of age. Geburtshilfe-Frauenheik.Germany.
1996; 56: 246-51.

36.- Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers:trends and obstetric outcomes. Obstet Gynecol.1996; 87: 668-74.

37.- Miller HS, Lesser KB, Reed KL. Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association. Obstet Gynecol.1996; 87: 83-8.

38.- Porozhanova V, Bozhinova S, Popovski K, Bozhinov P. Adolescent pregnancy and the development of pre-eclampsia, eclampsia. Akush-Ginekol-Sofia.Bulgaria. 1994; 33: 8-9.

39.- Ariaz F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 1995; segunda edición, editorial Mosby/ Doyma libros: 1-20, 55-68, 71-96, 101-111, 185-209, 250-258, 424-434.

40.- Mc Cue H,Klerman S, Sung Kou H. School-age mother:Predictors of long-term educational and economic outcomes:Pediatrics.1991;87: 862-868.

41.- Vincent ML, Clearie AF,Schuluchter MD. Reducing adolescent pregnancy trough school and community-based education.

JAMA.1987; 257:3382-86.

42.- Tannepanichskul S,Phupradit W,Chaturachinda K.Adolescent pregnancy with HIV-1 positive in Ramathaibodi Hospital 1991-1995.

J.Medi .Assoc. Thai.1995; 78: 688-91.