

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DE ESTADO**

**RESULTADOS PERINATALES EN LA  
EMBARAZADA ADOLESCENTE**

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**QUE PRESENTA:**

**DRA. JOVITA LETICIA GUILLEN GARCIA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD:**

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**ISSSTE**

**MEXICO, D.F.**

**AÑO 2000**

284528



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

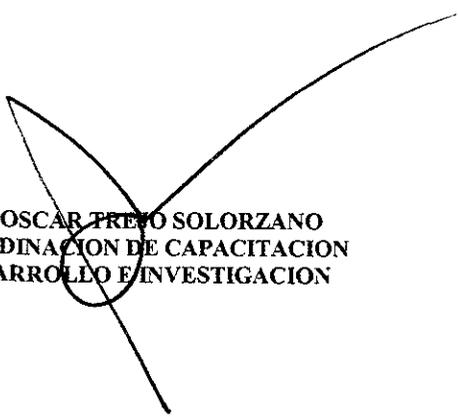


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

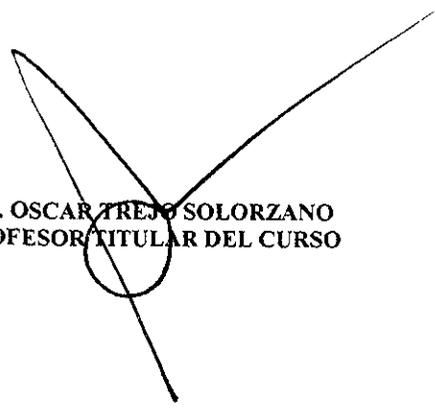
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.



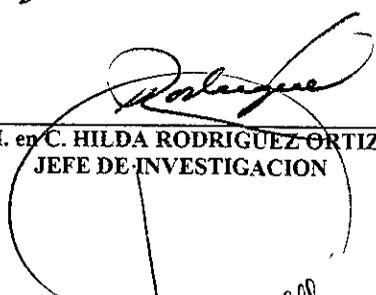
**DR. OSCAR TREJO SOLORZANO  
COORDINACION DE CAPACITACION  
DESARROLLO E INVESTIGACION**



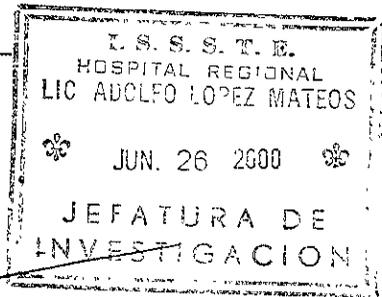
**DR. OSCAR TREJO SOLORZANO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

  
DR. LUIS ALCAZAR ALVAREZ  
ASESOR DE TESIS

  
DR. RAUL BARRETO VILLANUEVA  
VOCAL DE INVESTIGACION

  
M. en C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ  
JEFE DE INVESTIGACION

  
DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA  
JEFE DE ENSEÑANZA



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MIS PADRES**

**A MI PADRE Q.P.D , MI MADRE; POR SU GRAN AMOR, PACIENCIA Y APOYO QUE SIEMPRE ME BRINDARON PARA ALCANZAR MIS OBJETIVOS.**

### **A MIS HERMANOS**

**POR TODO SU APOYO Y COMPRENSION QUE ME HAN DADO, A LO LARGO DE MI CARRERA.**

### **A MI ASESOR**

**DR. ALCAZAR POR TODO EL TIEMPO DEDICADO A ESTE TRABAJO, YA QUE SIN SU APOYO Y SUGERENCIAS NO HABRIA SIDO POSIBLE. GRACIAS DE TODO CORAZÓN.**

### **A MIS MAESTROS Y AMIGOS**

**POR SUS CONSEJOS Y ENSEÑANZAS, QUE ME HAN SERVIDO Y SERVIRAN EN EN EL FUTURO.**

### **A DIOS**

**POR QUE EN TODO MOMENTO DIFICIL DE MI VIDA SIEMPRE ESTA A MI LADO Y POR TODAS LAS COSAS QUE ME HA DADO.**

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
ANTECEDENDES.....	3
PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	14
GRAFICAS.....	15
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	21

## INTRODUCCION.

Recientemente han disminuido en forma notable la mortalidad y la morbilidad maternas e infantiles para mujeres de 20-35ª. Esta reducción se basa en parte en una mejor vigilancia medica y una mayor colaboración de las pacientes.

Para la adolescente que queda embarazada antes de los 15ª de edad, el peligro de muerte materna es 60% mayor, también se observa que una tercera parte de todos los abortos de Estados Unidos los obtienen adolescentes, muchas de las cuales nunca habían utilizado ninguna técnica de anticoncepción (10).

El reconocimiento del alto peligro que representa el embarazo para la adolescente ha sido un desarrollo relativamente reciente. En 1964 Hassan y Falls señalaron los peligros médicos, incluyendo aumento excesivo de peso, parto prolongado, toxemia, desgarros cervicales y aumento de frecuencia de cesáreas y premadurez.

Wallace en 1965 describió los peligros sociales relacionados con el embarazo de adolescentes, incluyo las deficiencias nutritivas y las enfermedades venéreas como peligros médicos para este grupo, sin embargo estudios recientes indican que un buen cuidado prenatal y la atención a los problemas psicosociales y económicos del embarazo, disminuyen las muertes perinatales y la proporción de complicaciones para adolescentes embarazadas. (7).

## **JUSTIFICACION.**

Conocer el resultado perinatal de adolescentes embarazadas es un tema que se ha estudiado desde muchos puntos de vista, desde las complicaciones que con lleva esto asi como el aspecto psicosocial.

Los RN resultantes de tales embarazos también parecen tener pronóstico desfavorable cuando se comparan con criaturas de la población en general.

La mayor parte de autores han comprobado que en ausencia de servicios obstétricos de calidad aumentan mucho la frecuencia de incremento excesivo de peso, toxemia, desproporción fetal pelviana, parto prematuro, mortalidad fetal neonatal e infantil incluso mortalidad materna.

Considerando estos aspectos, el tener informes acerca de la casuística presentada en nuestra población de las complicaciones perinatales en el embarazo en adolescentes, contribuiría en un futuro para hacer sugerencias de intervención que pudieran tener efectos beneficiosos.

## COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

En 1982, en América Latina y el Caribe, cerca de la mitad de los embarazos correspondió a madres adolescentes solteras y en muchos de los casos, se propicio la unión marital precipitadamente. La actividad sexual se considera comunmente como un indicador riesgo psicosocial, ya que entre adolescentes y jóvenes de las zonas urbanas se asocia la relación sexual temprana con el uso de anticonceptivos poco efectivos, el consumo de tabaco, de alcohol y de marihuana.

En los Estados Unidos, en la década de los ochenta las mujeres de 15-19<sup>a</sup>, de edad eran sexualmente activas antes del matrimonio en un 45.2% y se estima que el 36% de ellas quedaban embarazadas en un lapso de dos años a partir de su primera experiencia sexual.

Duenhoeelter y colaboradores estudiaron 471 pacientes de menos de 15<sup>a</sup>, y las compararon con un grupo de control de 19-25<sup>a</sup>. La mortalidad perinatal fue de 30x1000 en el grupo de estudio y 38x1000 en el grupo control. La hipertensión provocada por el embarazo y la contracción de la entrada de la pelvis fueron las únicas complicaciones del embarazo que se observaron más frecuentemente en el grupo joven.

Estas estadísticas incluían toxemia, infecciones de vías urinarias, puerperales y frecuencias de cesáreas, aunque estos problemas al principio se considero que biológicamente dependen de la maduración de la adolescente, cada vez parece más claro que con la sola excepción de una pelvis pequeña en adolescentes muy jóvenes, las causas y las complicaciones medicas en las adolescentes son muchos más frecuentemente factores psicosociales.

Según la literatura anglosajona, el embarazo en la adolescencia se asocia con una tasa más elevada de complicaciones obstétricas que la población adulta en el Hospital General de Tijuana 10% de los embarazos se presentan en adolescentes, tratando de determinar la prevalencia de complicaciones obstétricas en el grupo de embarazadas adolescentes e identificar los factores de riesgo asociados con estas complicaciones y comparar estos hallazgos con los de la población adulta, se siguieron 602 pacientes, 301 en cada grupo encontrando que las adolescentes utilizan métodos anticonceptivos y acuden a control prenatal menos frecuentemente así como la resolución del embarazo, mostró diferencias significativas entre ambos grupos, las mas importantes fueron una mayor frecuencia de partos distócicos y cesáreas en el grupo de adultas, y una mayor frecuencia de abortos y amenaza de abortos en grupo adolescente.

Los productos de las adolescentes presentan una edad gestacional significativamente menor que los productos de las adultas, la edad gestacional promedio de 35.4, se asocia con un mayor índice de complicaciones perinatales.

Se ignora cual es la razón de esta discrepancia entre los hallazgos informados en la literatura Anglosajona y la literatura Mexicana que no informa una mayor prevalencia de complicaciones obstétricas perinatales entre las adolescentes. (4).

Se calcula que en Estados Unidos entre 12 y 13 millones de muchachas de 10-20<sup>a</sup>, llevan vida sexual activa la mitad de todas las mujeres solteras han tenido contacto sexual a la edad de 19<sup>a</sup>, y el porcentaje de varones sexualmente activos en periodo de adolescencia es mayor (10).

Una de cada diez adolescentes queda embarazada cada año lo cual significa mas de un millón de embarazos, mas de 600 000 nacimientos y mas de 330 000 abortos provocados, 150,000 espontáneos las adolescentes de Estados Unidos se hallan entre las que presentan una proporción mayor de partos en el mundo

Las adolescentes de grupos minoritarios e indigentes que son las que tienen la proporción máxima de embarazo y partos tempranos, han empezado a utilizar los servicios de abortos (10).

En México, al igual que en el resto del mundo, el embarazo de la adolescente constituye un importante problema de salud, tanto por la morbilidad como por los problemas sociales que genera, de tal manera que se le ubica entre temas tan prioritarios como el SIDA Y EL ABORTO.

En los adolescentes de la ciudad de México, la vida sexual se inicia entre los 16-17<sup>a</sup> en los hombres, 16-19 en las mujeres, en la práctica sexual premarital de los jóvenes es más común en los países desarrollados que en los de América Latina. El ámbito familiar ejerce una influencia considerable en el inicio de la actividad sexual, las adolescentes de hogares encabezados por mujeres son mas propensas a la actividad sexual temprana.

En general, la población adolescente es la que menos empleo algún anticonceptivo en la primera relación sexual, lo cual, obviamente, aumenta las posibilidades de embarazos no deseados

Las madres menores de 15ª, tienen mayor peligro de presentar complicaciones durante el embarazo (toxemias, infecciones urinarias y vaginales, hemorragia posparto, la cual es dos veces más alta para madres de 13 a 15ª, que entre las de 20-29ª.), corren mayor riesgo de sufrir ruptura de membranas, parto pretermino, cesárea, uso de fórceps y complicaciones posparto, que la población materna general. Los hijos de madres adolescentes o mayores de 34ª, son más propensas a nacer prematuramente o con bajo peso (menor de 2500grs), así como sufrir mas frecuentemente desnutrición, diarrea, que los niños de madres dentro de los grupos de edad de 20-34ª.

Los resultados de algunas investigaciones recientes concluyen que las complicaciones se relacionan más con aspectos socioeconómicos que con factores biológicos, además indican que muchos riesgos médicos pueden ser causados por factores socioeconómicos que no fueron controlados adecuadamente.

A pesar de los muchos problemas que implica el embarazo en las adolescentes, estos pueden reducirse con una atención prenatal temprana y apropiada.

En áreas metropolitanas y urbanas de México, el embarazo de las adolescentes constituye un problema más que medico de orden económico, psicosocial y de educación, sin embargo en las áreas suburbanas y rurales del país, la falta de personal medico calificado, de unidades de segundo y tercer nivel de atención y el bajo nivel económico, representa un grave problema.

En la mayoría de los estudios se ha encontrado un alto riesgo en los embarazos de adolescentes, seguido de un riesgo mínimo para las mujeres de 20-29ª.(7).

El cuidado prenatal recibido por la población adolescente tiene importancia para el futuro, poco mas de la mitad del grupo recibió algún cuidado prenatal comprobado y solo la quinta parte recibieron algún cuidado en el primer trimestre. Si se emplean los criterios de kessner para cuidado prenatal adecuado (o sea comenzando en el primer trimestre incluyendo por lo menos 4 visitas).

Una revisión de 222 adolescentes solteras predominantemente negras, que dieron a luz en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Tennessee, indicaban un aumento de frecuencia de hipertensión y trastornos convulsivos en la población adolescente se comprobó un déficit enorme del cuidado prenatal, el parto y alumbramiento se significaron por un aumento de frecuencia de toxemia y signos de dificultad fetal, reflejados en un aumento de los índices bajos de apgar en los neonatos.

Se revisaron 263 casos de primigestas adolescentes en el Hospital de Gineco-Obstetricia de Garza García, NL:L. , de la subsecretaria Estatal de Salud, de Enero a Diciembre de 1995, se formaron dos grupos uno de 12-15ª.(79), segundo de 16-18ª. Con (184), obteniendo los siguientes resultados, el de la edad gestacional predomino el parto pretermino en las jóvenes con un 5% contra 1.1% con (P menor de 0.05), con diferencia significativa en ambos. En el control prenatal fue evidente que las jóvenes acudieron a menos de 5 consultas de 32% contra el 23%.

Las complicaciones durante el embarazo fueron más frecuentes en las jóvenes 36.7%, contra un 28.8%, predominando la ruptura de membranas, seguida por la anemia, toxemia y embarazo prolongado, en la resolución del embarazo la cesárea predominio en el primer grupo (P menor de 0.05), la principal indicación de cesárea fue la DCP, continuando con el Sufrimiento Fetal Agudo, Toxemia y Presentación Pélvica, Condilomatosis,

La morbilidad predomino con 5% contra 1% concluyendo que la paciente primigesta adolescente se debe considerar como de riesgo alto ya que hay incremento de la morbilidad materno fetal, siendo más acentuado en las jóvenes y que un control prenatal adecuado trae la disminución de esta.(1)

Se realizó una revisión retrospectiva de 840 casos clínicos en mujeres embarazadas de 16ª. , o menores que acudieron para su atención de parto con producto viable en el Hospital General de la SSA en un periodo de 80-84. Se estudio los siguientes datos (origen geográfico , edad, escolaridad, edo. Civil ,edad de la menarca, inicio de vida sexual activa, antecedentes gineco-obstétricos, atención prenatal, edad gestacional, peso del producto, apgar, complicaciones trans y posparto.)

De estos resultados y de otros estudios similares se desprende que el embarazo en la adolescencia tienen un riesgo equiparable el resto de la población femenina en etapa fértil y la temprana edad para el embarazo no es un riesgo si no se le relaciona con otros factores como estado socioeconómico y cultural, salud previa, deseo de embarazo o no y la calidad de asistencia perinatal que se proporcione a la joven

La madurez y plenitud biológica iniciados pro la menstruación le permite a la adolescente utilizar su capacidad reproductora, pero no facilita un paralelismo semejante en los ordenes económicos, cultural, psiquico y social que participan en el concepto integral de salud.(9)

A pesar de que la fertilidad viene determinada por factores biológicos el impacto del embarazo y sus consecuencias presentan determinantes biológicas, psicosociales y

ambientales se consideraba que la edad misma provocaría una inmadurez biológica aumentando las complicaciones (abortos, toxemia, RPM, prematurez), pero informes recientes sugieren que las complicaciones son consecuencias de problemas económico-sociales más que biológicos, ya que las adolescentes al saberse embarazadas tienden a ocultarse, no son independientes económicamente, se ven forzadas a interrumpir sus estudios, y muchas veces son abandonadas por el padre del niño considerando el disgusto en su familia por ser joven y soltera aportan una carga social, falta de trabajo, ocasionando retraso de su control prenatal y estado nutricional.

Además de los problemas obstétricos durante el embarazo se tienen otros como el aumento de la morbilidad del RN que probablemente se deba a la disminución del peso al nacer según los datos del colegio de Pediatras, los RN de bajo peso va de un 6% a un 20% y que esto se acentúa en adolescentes menores de 15<sup>a</sup>. (8).

El desarrollo del embarazo se ve influenciado por la edad cronológica y ginecológica de la adolescente se recomienda que la ganancia ponderal oscile entre los 9-10kgrs, aunque se ha sugerido que este debe ser mayor para las adolescentes. (8).

Los errores de tipo nutritivo son lógicos en las adolescentes y frecuentemente son mucho más importantes cuando la adolescente es de un medio socioeconómico bajo.

La desnutrición durante el embarazo afecta el crecimiento y la viabilidad del feto, y la extensión de dicha desnutrición durante el período de lactancia aumenta la mortalidad neonatal. Además se ha culpado la desnutrición materna de causar toxemia, parto prematuro y desprendimiento de placenta. También es posible que la frecuencia de anomalías congénitas (10).

Otro parámetro que influye es la paridad de las adolescentes, ya que se ha demostrado que un segundo embarazo en la adolescencia es de mayor riesgo que el primero aunque Sweeny encontró que había riesgo de RN de bajo peso al nacer, y la mortalidad perinatal en el primer embarazo (8).

Desde el punto de vista perinatal, aparentemente la edad no constituye un factor de riesgo para dar a luz productos de bajo peso al nacer y mayor aparición de complicaciones obstétricas, estos datos coinciden con los observados con Konje y col quienes opinan que las adolescentes embarazadas no constituyen un grupo de riesgo (2).

Los programas dirigidos a prevenir el embarazo de adolescentes han de definir enfoques innovadores para las perspectivas sociales de estas poblaciones si deseamos que tengan éxito.

Es absolutamente obligado que un país como Estados Unidos con amplias variaciones de capas socioeconómicas en su población, proporcione programas de servicios amplios médicos, sociales y educativos para madres adolescentes, si deseamos mejorar el futuro de tales embarazos.

Sin embargo para lograr la colaboración de la paciente en estos programas prenatales, hay que tratar de ganarse su confianza mediante apoyo y comprensión, los programas que brindan un amplio margen de servicios personales parecen asegurar un futuro más favorable para las adolescentes(10).

El riesgo reproductivo se define como la probabilidad de ocasionar daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal a consecuencia del evento obstétrico, diversos factores son involucrados en su etiología: la edad, paridad, intervalo intergénésico,, antecedentes gineco-obstétricos, alcoholismo, tabaquismo, estado de salud, peso habitual y ganancia de peso durante la gestación , control médico pregestacional y prenatal acceso y disponibilidad de servicios de salud, equipo , personal médico especializado o tecnología.

El éxito de los programas educativos depende del cambio de creencias o percepciones de riesgo para la salud, que ayudan al individuo a organizar la información que finalmente afectara la decisión hacia acciones preventivas . Las creencias en salud son de gran valor para el entendimiento de acciones preventivas, y se recomienda su uso para la planeación de educación y la evaluación de necesidades educativas ya que posee implicaciones directas para diseñar intervenciones.

Un programa educativo es trascendente en cualquier edad, en las adolescentes para evitar un futuro riesgo reproductivo y en adultas para ser ellas transmisoras potenciales de conocimiento para con sus descendientes y para exponerse a si mismas a un embarazo a edad avanzada. Las multiparas son portadoras de experiencias, quienes además debieran poseer la suficiente información para evitar mas gestaciones. Los hallazgos aquí encontrados manifiestan que aquellas mujeres de escolaridad baja estan en mayor necesidad por un programa educativo para evitar embarazos de alto riesgo (5).

Sin embargo se han realizado estudios para comparar las complicaciones obstétricas y la vía de terminación del embarazo entre las embarazadas adolescentes y las embarazadas mayores de 20ª. La incidencia de hipertensión inducida por el embarazo en las adolescentes fue de 2.3% y 2.2% mayores de 20ª. El rango de mortinatos fue de 2.4% en adolescentes y de 2.2% en el otro grupo en ambos grupos resultó una diferencia estadística ( $P < 0.001$ ). La incidencia de bajo peso al nacer y la vía vaginal de terminación del embarazo fueron significativamente más altas entre las mujeres adolescentes.(12).

Otros estudios realizaron análisis invariables y múltiples regresiones logísticas fueron usadas para identificar la relación entre el uso de cocaína y el resultado perinatal desfavorable. Los usuarios fueron significativamente más propensos que los no usuarios a tener infantes con bajo peso (31.3% contra 14.9%), infantes con problemas de crecimiento y nacimientos antes de tiempo. (11).

La industrialización y una sociedad urbana compleja prolongan indebidamente la educación y retrasan el casamiento y el gozo sexual las adolescentes alcanzan la madurez sexual en etapa temprana y queda un vacío de cinco a diez años entre la madurez sexual y la actividad sexual legitimizada por el casamiento. Las necesidades económicas inherentes al casamiento, el hogar y el parto, el desarrollo de las criaturas hace poco probable que una pareja de adolescentes pueda cubrir las necesidades financieras de una casa y una familia. (10).

Las verdaderas razones por las cuales el embarazo en la adolescente ha venido ha constituirse en un problema social no son como frecuentemente se aduce, su supuesta colaboración en el crecimiento desmesurado, las malas condiciones de salud y la pobreza de la población, sino el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente, la sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable de modo que buena parte del problema estriba en la manera como los adultos calificamos el fenómeno, en la forma que las instituciones sociales, la familia, la escuela. Las instituciones religiosas, el sector salud, etc., lo interpretan y lo manejan.(3)

**PROBLEMA:**

IDENTIFICAR CUALES SON LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE.

**HIPOTESIS:**

HO. NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS POR LA EMBARAZADA ADOLESCENTE Y EN LAS EMBARAZADAS ADULTAS JOVENES.

H1: LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES PRESENTAN MAYORES COMPLICACIONES QUE LAS ADULTAS JOVENES.

**OBJETIVOS:**

CONOCER LA MORBILIDAD PERINATAL EN LA PACIENTE EMBARAZADA ADOLESCENTE.

COMPARAR LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y ADULTAS JOVENES.

## METODOLOGIA

Se realizó un tipo de estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, comparativo y abierto.

En el periodo comprendido del 1-01-98 al 1-12-98, se revisaron 60 casos de pacientes que acudieron a control prenatal a la coordinación de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del ISSSTE, en México, D.F.

Se formaron dos grupos el primero de 30 pacientes en edades comprendidas de 20-35 años con control prenatal en el servicio de obstetricia de riesgo normal., y 30 de 12-19 años a quienes la atención se les otorgó en clínica de la Adolescencia..

Con tamaño de la muestra de 60.

### CRITERIOS DE INCLUSION

PROBLEMA: Mujeres entre 12-19 años, de edad (OMS). , que estuvieran

Embarazadas.

Con un mínimo de 5 consultas prenatales en clínica de la

- Adolescencia
- Primigestas
- Que no presenten enfermedades sistémicas previas al embarazo

TESTIGO: Adulta joven de 20-35 años de edad  
Con 5 consultas en Obstetricia de Riesgo Normal  
Primigestas  
Sin enfermedades sistémicas previas al embarazo

### CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes que reúnan los criterios de inclusión pero que presente alguna enfermedad sistémica durante el estudio.

Pacientes que acuden en las últimas semanas de embarazo.

- .Que su control prenatal no se llevó en este Hospital.
- Que tengan dos o más embarazos

#### CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes con control prenatal irregular (menos de 5 consultas)  
Atención del evento obstétrico no realizado en esta unidad.

#### ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron medidas de tendencia central y como prueba estadística T STUDENT

Parámetros evaluados para la revisión de expedientes.

EDAD  
SEMANAS DE GESTACION  
NUMERO DE CONSULTAS  
NUMERO DE USG  
LABORATORIOS  
COMPLICACIONES  
TRATAMIENTO  
VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO  
PESO DEL PRODUCTO  
APGAR  
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

## RESULTADOS

De las pacientes estudiadas el grupo uno se conformó de 30 pacientes con edades de 13<sup>a</sup>-19<sup>a</sup> con una media de 16.1 y desviación estándar de 1.39.

El grupo dos 30 pacientes con edades de 21<sup>a</sup> - 35<sup>a</sup> con una media de 28.8 y desviación estándar de 4.77.

Al comparar las semanas de gestación de ambos grupos la media 38,4 para el primero y 38.3 para el segundo con una desviación estándar 1.89 y 1.97, no hallándose diferencia estadísticamente significativa.

Al hacer un análisis de las complicaciones durante el embarazo tampoco se observó diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos.

Al analizar la vía de interrupción no hallamos mayor incremento de la cesárea en el grupo de adolescentes con respecto al grupo de adultas jóvenes.

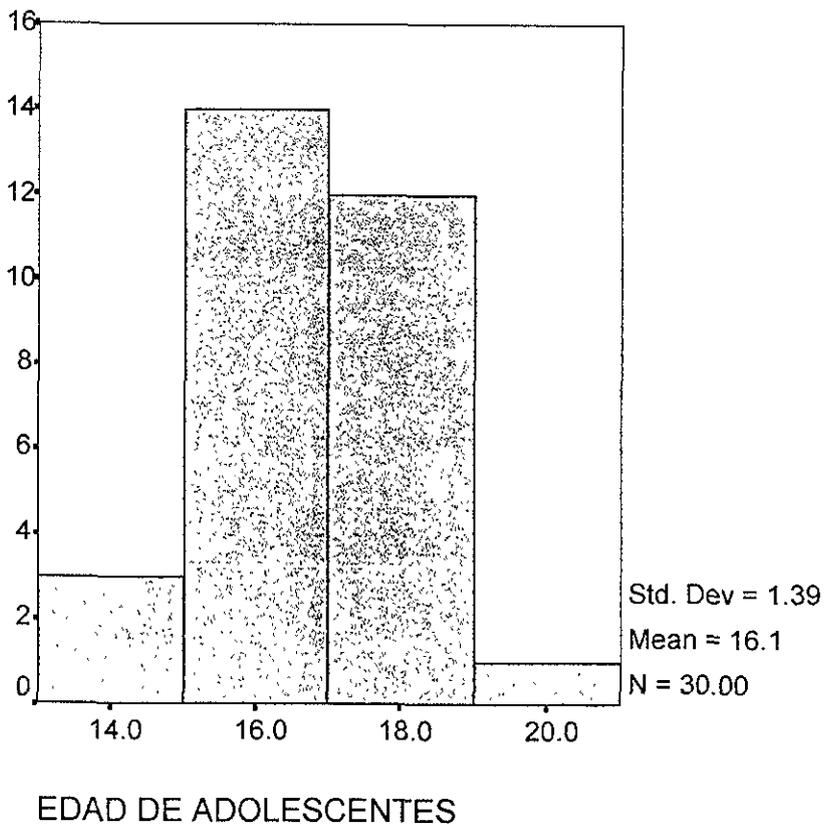
El peso de los productos en el grupo uno fue en promedio 2904grs, con desviación estándar de 452.84grs, y de 3037grs en el segundo grupo con desviación estándar 436.09grs, no hallándose tampoco diferencia estadísticamente significativa.

La calificación de apgar en ambos grupos se encontró siempre por arriba de 7.

En la única variable en la que hallamos diferencia estadísticamente significativa fue en el método de planificación familiar otorgado postevento obstétrico(DIU), que en el grupo de adolescentes tuvo una  $p < 0.0005$ .

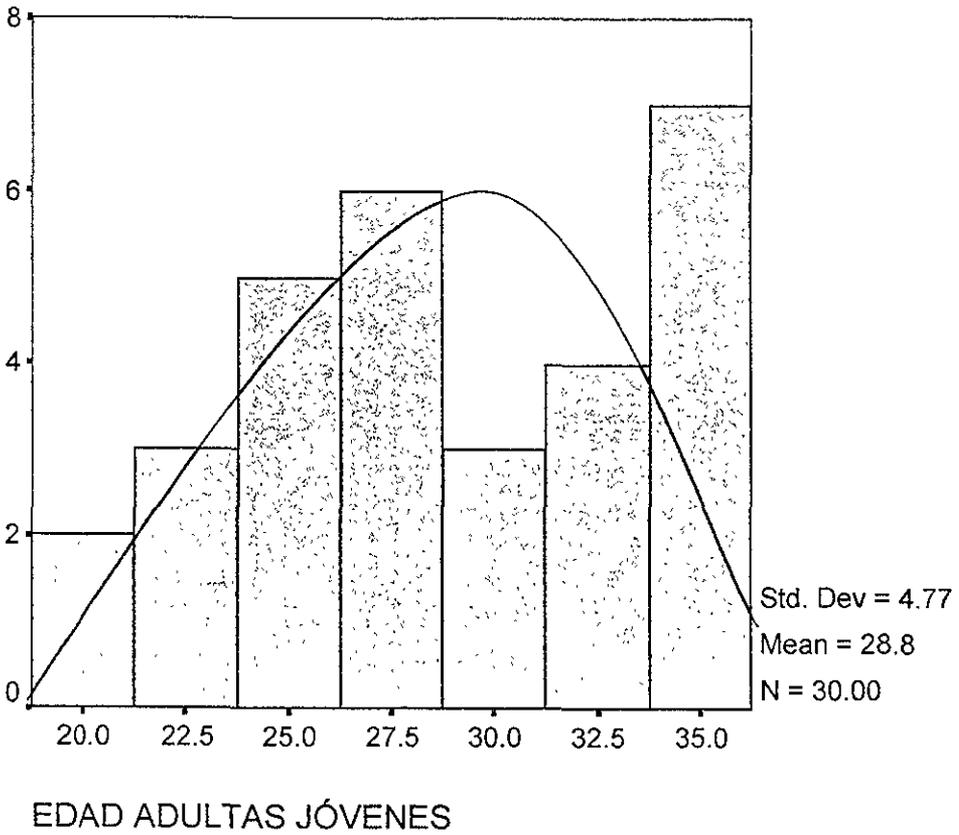
# Gráfica No. 1

## Frecuencia de Edades de las Embarazadas Adolescentes



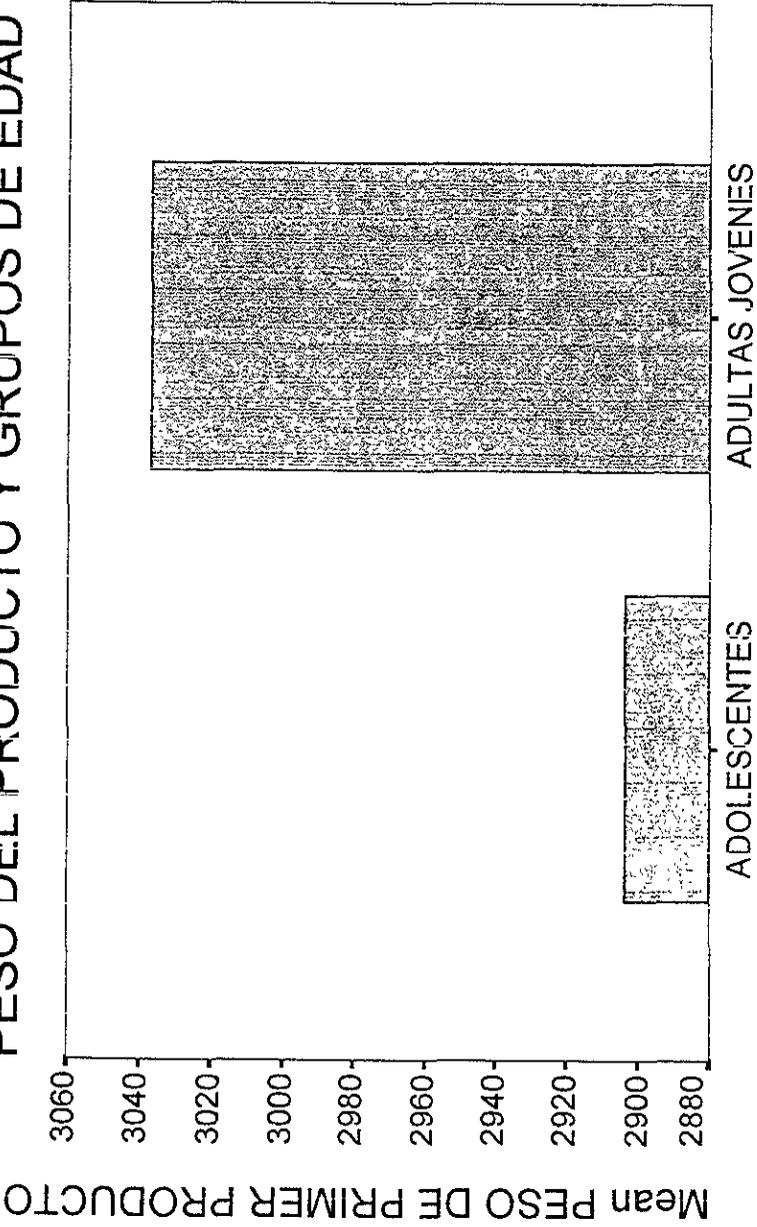
# Gráfica 2

## Frecuencia de Edades de las Embarazadas Adultas Jóvenes



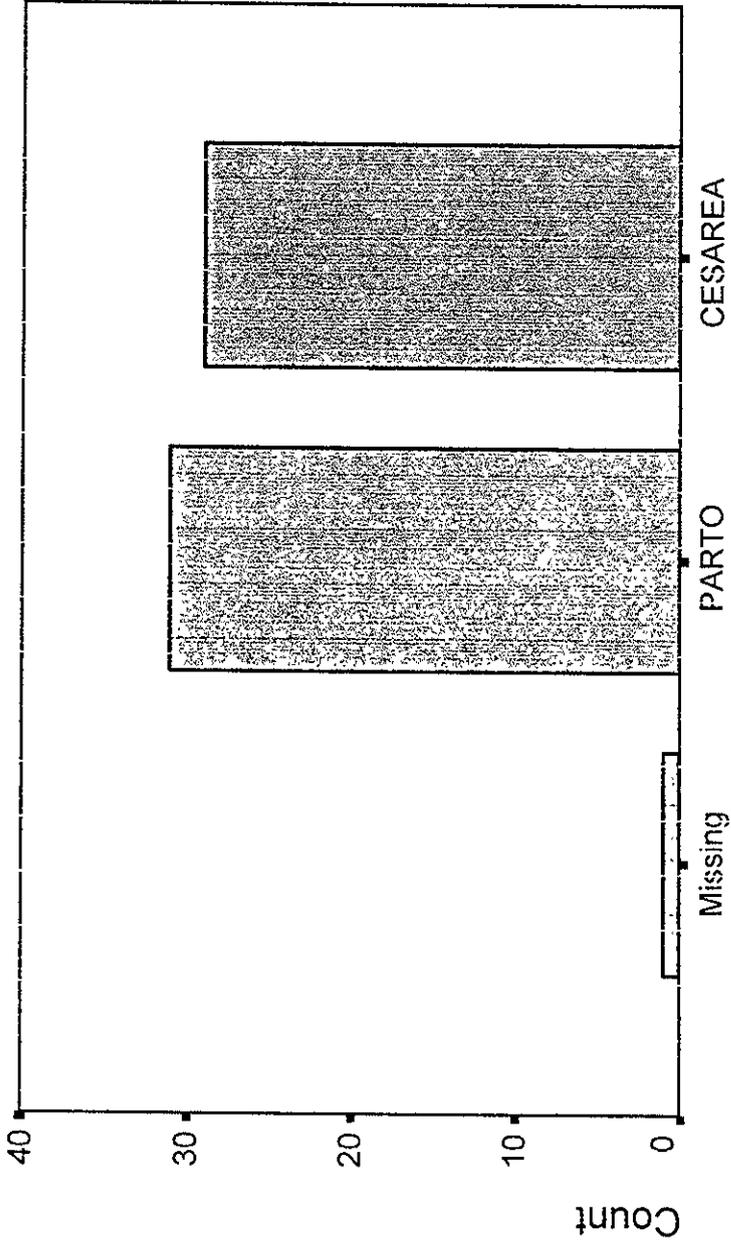
# GRAFICA 3

## PESO DEL PRODUCTO Y GRUPOS DE EDAD



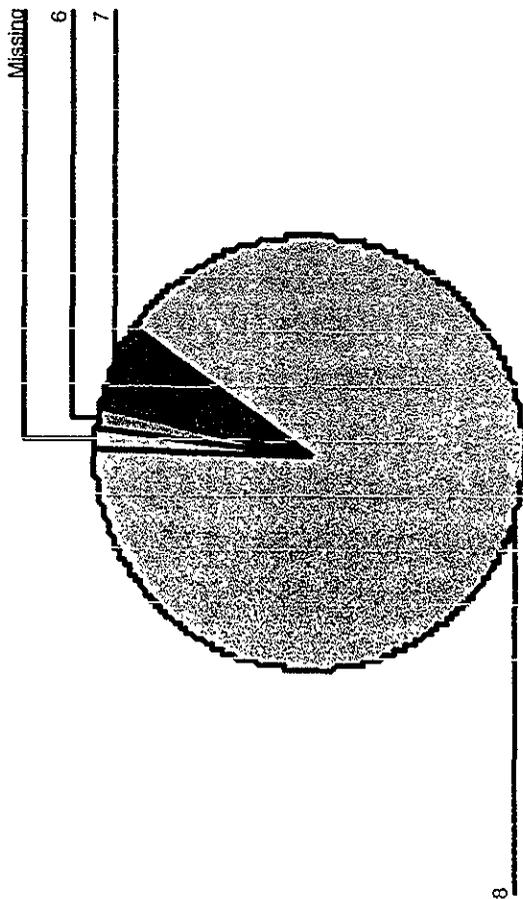
# GRAFICA 4

## VIA DE INTERRUPCIÓN



## VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

GRAFICA 5  
APGAR DE LOS PRODUCTOS



## CONCLUSIONES

Con el análisis de los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que la morbilidad perinatal en la embarazada adolescente no es mayor que en las adultas jóvenes.

Así como las complicaciones durante el embarazo y la forma de interrupción del mismo no existió una diferencia estadísticamente significativa por lo que se puede inferir que el riesgo en las adolescentes es equiparable con el resto de las mujeres en etapa fértil.

Por otra parte sería bueno el hecho de realizar otros estudios prospectivos con seguimiento de este grupo de pacientes con el manejo integral de los factores que en determinado momento influyen en la forma de llevar a término un embarazo como se refiere en literaturas y estudios realizados.

Ya que un adecuado control prenatal y manejo integral de los aspectos psicosociales que influyen en este grupo de pacientes (ADOLESCENTES), obtendremos hacia un futuro mejores resultados.

Al haber obtenido estos resultados en este estudio, no dejamos de considerar el riesgo que siempre tiene la paciente adolescente embarazada por las condiciones mismas de su fisiología así como los aspectos psicosociales que la rodean.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- De la Garza Q.C, Celaya JA; Hdez. E.C.  
Primigesta Adolescente, Ginec. Obst. Mex, 1997; 65:533-7
- 2.- Avila, VM, Morgan O F, Fragoza, SO.  
Condiciones perinatales en RN de madres adolescentes del estado de Sinaloa, México.  
Ginec. Obst. Mex, 1997;65:159-61.
- 3.- Stern C.  
El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.  
Salud Pública de México. 1997; 39(2): 137-43.
- 4.- Váldez BF; Valle VO.  
Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación  
Con la población adulta.  
Ginec. Obst. Mex, 1996;64:209-13
- 5.- Salinas MA, Martínez SC, Pérez SJ  
Percepción de factores de riesgo reproductivo.  
Ginec. Obst. Mex. 1993,61:8-14.
- 6.- Chirinos CM.  
Embarazo en Adolescentes .  
Revista Cubana de Enfermería , 1993;9:117-31
- 7- García BJ, Figueroa PJ, Reyes ZH-  
Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México.  
Salud Pública de México. 1993;35(6):682-91.
- 8.- Toro CR.  
Embarazo en Adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de apgar  
Con la población general Ginec. Obst Mex., 1992;60:291-5.
- 9.- Ortiz SE.  
Embarazo en la adolescencia . Revisión de 840 casos clínicos  
Ginec. Obst. Mex 1991;59:289-92

- 10.-Luella K.  
Embarazo en Adolescentes . Clínicas Obstétricas y ginecológicas de Norte América. Vol.4,1985,  
1201-84.
- 11.-Sprauve ME, Lindsay MK, Herbert S.  
Adverse Perinatal outcome in parturientes who use crack cocaine .  
Obstetrics Gynecology , 1997;89:674-8
- 12.- Weerasekera DS.  
Adolescent pregnancies is the outcome different  
Ceylon Medical Journal,1997; 42(1):16-7.
- 13.- Causey A, Seago K, Wahl NG.  
Pregnant Adolescents in the emergency departament:diagnosed and not diagnosed.  
Am. Journal of emergency medicine,1997;15(2):125-9.