

11217  
92



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**

**“RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO  
DE ADOLESCENTES”**

**TESIS DE POSTGRADO**

**PARA OBTENER EL TITULO DE  
LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:  
DRA. ANA ALEJANDRA/GARCIA ORTIZ**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**MEXICO, D. F.**

**SEPTIEMBRE 2002.**



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A SINHUÉ por ser un gran compañero, esposo y amigo,  
apoyo y pilar de mi existencia.**

**A mi futura HIJA por ser desde ahora la motivación más  
importante en mi vida.**

**A mis padres por darme la oportunidad de haber venido al  
mundo y continuar superándome.**

**A mis hermanos por su comprensión y cariño durante mi  
formación**

**A todos mis maestros por creer que pudiera ser una buena  
obstetra.**

**A todo el personal del servicio de Ginecología y Obstetricia  
por el tiempo dedicado a mi persona y a mi preparación.**

**A las pacientes del Hospital Juárez de México por confiarme  
su bienestar y salud.**

**A TODOS MUCHAS GRACIAS**

# INDICE

TITULO .....	3
INVESTIGADORES .....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO.....	22
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
DISEÑO EXPERIMENTAL.....	23
RESULTADOS.....	25
GRAFICAS.....	30
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIÓN.....	44
BIBLIOGRAFÍA .....	46

# TÍTULO

**“RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO  
DE ADOLESCENTES.”**

HOJA DE AUTORIZACION

**DR VICTOR HUGO PULIDO OLIVARES**  
JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO Y TUTOR DE TESIS

**DR ROBERTO JOSÉ RISCO CORTES**  
JEFE DE LA DIVISION DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO  
DE POSTGRADO Y REVISOR DE TESIS

**DR JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA**  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL JUAREZ DE SALUD  
MEXICO HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
DIVISION DE ENSEÑANZA



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## INTRODUCCIÓN

La importancia de la adolescencia como una etapa de desarrollo en la vida del ser humano, ha recibido recientemente su reconocimiento. Los adolescentes forman una parte considerable de la población mundial; en muchos países representan entre el 20 y 25 % del total de la población. Si bien algunas adolescentes apenas comienzan a experimentar los cambios que acompañan a la pubertad, la mayoría inicia en esta etapa su vida sexual. (3)

Se define a la adolescencia desde el punto de vista fisiológico al periodo después del nacimiento en el cual inicialmente las gónadas de ambos sexos que se encuentran en estado latente, son activadas por las gonadotrofinas de la hipófisis para que ocurra la maduración final del aparato reproductor, también se le llama pubertad, aunque por definición estricta se entiende ésta como el periodo en que aparecen por primera vez las funciones endocrinas y gametogénicas de las gónadas al grado que es posible la reproducción. (1)

La Organización Mundial de la Salud define: que la adolescencia ocurre en el segundo decenio de la vida, entre los 10 y 19 años de edad y se divide en temprana 10 a 14 años y tardía 15 a 19 años. (2)

En estadísticas internacionales se considera, que existen aproximadamente 1 millón de adolescentes en el mundo de los cuáles el 85% viven en los países en desarrollo. En México en el censo de población del 2000 existe un total de 97.6 millones de habitantes, la población total de adolescentes corresponde a 20,728,628 adolescentes que representan el (21%) de toda la población. La población de mujeres es de 10,736,493 que representa el (50.8%) y la población de hombres es de 9,992,135 que representa el (49.18%). La población adolescente temprana entre 10 y 14 años de edad corresponde a 10,383,243 adolescentes que representan el 11% y la población adolescente tardía de 15 a 19 años de edad corresponde a 10,345,385 adolescentes que representan el 10%.(22)

Hoy en día existe la mayor cantidad de adolescentes que jamás haya existido, esto es consecuencia de las altas tasas de fecundidad en el pasado, y lo más importante es que estos adolescentes están entrando en su etapa de procreación a edades



tempranas durante la pubertad y como consecuencia un alto índice de embarazos no planeados.

Aunque no se dispone de datos adecuados sobre la sexualidad y fecundidad del adolescente, especialmente en los países en vías de desarrollo, y aunque la situación en cada país es diferente se pueden distinguir tres patrones amplios de comportamiento sexual temprano y reproductivo: el primero es la experiencia sexual y matrimonio tardío, el segundo matrimonio y maternidad tempranos y por último etapa de transición.

La primera categoría se encuentra principalmente en los países industrializados, caracterizada por el inicio de la experiencia sexual durante los años de mitad y final de la adolescencia, la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos es baja, alta incidencia de embarazos no deseados, matrimonio tardío, baja fecundidad y tasas significativas de enfermedades de transmisión sexual (ETS). La segunda categoría es casi contraria a la primera, caracterizada por el matrimonio a edades cercanas a la menarquia y embarazo temprano y frecuente. Las relaciones prematrimoniales son infrecuentes así como también el embarazo y la maternidad antes del matrimonio, el aborto es por lo general ilícito y no seguro, existe una alta incidencia de ETS con infertilidad subsecuente debido a la atención

ineficaz de la salud. La tercera categoría se encuentra principalmente en los ambientes urbanos de sociedades en transición con mayores oportunidades sexuales y de educación para la mujer, la edad del matrimonio se incrementa y la actividad sexual prematrimonial también, el embarazo y aborto aumenta entre los jóvenes, además de un incremento en la confianza del uso de los anticonceptivos. (4)

Estados Unidos (E.U.) representa el principal país industrializado con los índices más altos de embarazo en adolescentes y nacimiento de los mismos así como de abortos.(6)

De acuerdo a la literatura a mediados de la década de los 70's en E.U. se presentó una "epidemia" de embarazos en adolescentes y desde entonces ha habido una tendencia general descendente en la población de embarazos en las adolescentes.(1) Sin embargo el embarazo en adolescentes en los E.U. continúa siendo una compleja y sorprendente situación para los familiares de los adolescentes, médicos, maestros y área de gobierno encargada de la salud, así como para los propios adolescentes.

En E.U. el rango de nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años de edad fue de 52.3 nacidos vivos por 1,000 nacimientos en 1997, existiendo una reducción de 16% con respecto a las cifras de 1991, y aproximadamente la mitad al respecto de los años 50's. A pesar de esta disminución existe actualmente un millón de adolescentes embarazadas y de estas 500,000 tienen nacimientos de productos vivos cada año, el 35% con aborto inducido y el 14% corresponden a abortos espontáneos y productos nacidos muertos.(6)

El porcentaje de adolescentes americanas que son sexualmente activas se ha incrementado. Recientemente el 56% de las adolescentes y el 73% de los adolescentes varones iniciaron su primera relación sexual antes de los 18 años de edad. El promedio de edad de la primera relación sexual ha disminuido a 17 años en las mujeres y a 16 años en los varones. Aproximadamente un cuarto de estos jóvenes reportan que iniciaron su primera relación sexual a los 15 años de edad. Las adolescentes más jóvenes son especialmente vulnerables al abuso sexual . Se reporta una actividad sexual forzada en el 74% de las adolescentes menores de 14 años y 60% de las mayores de 15 años de edad. (5)

Existen diversos factores predisponentes para el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad en los adolescentes, los cuales incluyen: desarrollo de la pubertad a temprana edad, historia de abuso sexual, pobreza y pareja sexual adolescente también, patrones culturales o familiares de inicio de relaciones sexuales a temprana edad, carencia de metas escolares, abandono escolar o pobre desempeño escolar. (5)

El patrón de actividad sexual en los adolescentes no muestra diferencias significativas con los adolescentes de otros países industrializados, sin embargo el uso de métodos anticonceptivos y por lo tanto de practicas sexuales seguras son menos efectivas en este país, y los rangos de nacimientos es mayor en los E. U. que en otros países industrializados del mundo. (6) A pesar de que la actividad sexual en adolescentes es similar o mayor en países de Europa Occidental, el índice de embarazos en adolescentes es mayor en E.U. La razón para este contraste es que las adolescentes Europeas tienen mayor acceso y aceptación de la utilización de métodos anticonceptivos. El contraste también esta relacionado con la educación sexual universal que existe en algunos países de Europa, y que los beneficios a nivel de asistencia social suelen ser mejores en estos países que en los E. U. (5)

En México la incidencia de nacimientos en mujeres adolescentes es de 400,000 nacimientos anuales, que representan el 20% del total de los embarazos en este país.(7) Al respecto del inicio de la actividad sexual, cuando esta se ha realizado, la mayoría de las adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que hace a esta población particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.

#### FACTORES PREDISPONENTES PARA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Una de las situaciones más importantes por las cuáles se presente el embarazo en la adolescencia es el inicio temprano de las relaciones sexuales, así como otros factores: nivel socioeconómico bajo, orientación deficiente hacia los logros para el futuro, dificultades académicas o escasas oportunidades para llevar a cabo éstas y escuelas deficientes. (11) Existe otro factor importante en esta actividad y es que la adolescente cuente con familiares o amigas que han iniciado su actividad sexual a edades tempranas en la adolescencia. Las adolescentes que cuenten con el antecedente de

tener padres que hayan iniciado su vida sexual a temprana edad corren mayor riesgo de tener un embarazo precoz.(12). Pese a que la mayoría de los adultos ven el hecho de que una adolescente esté embarazada como un aspecto negativo para la vida de la misma, esta opinión no es compartida por los adolescentes, y por lo tanto es importante para poder realizar un programa de prevención del embarazo en adolescentes comprender fundamentalmente la razón por la que algunas adolescentes aceptan el embarazo o cuando menos no procuran evitarlo (11).

Los principales problemas a los que se enfrenta la adolescente embarazada incluyen: la interrupción de la asistencia a la escuela, pobreza permanente, limitación en las oportunidades laborales en el futuro, divorcio y repetición del embarazo. Estudios han demostrado que los efectos negativos a largo plazo son evitables. El fomento del ingreso de estas pacientes a programas de asistencia social encaminados a la atención de la adolescente embarazada contribuyen a un resultado satisfactorio en el futuro de estas adolescentes. (5)

La conducta sexual, también depende de la falta de apoyo y de la estructura familiar en la vida de la adolescente, así como de la imagen glamorosa que los medios han otorgado a las relaciones

sexuales y mostrar a esta, que se puede realizar sin ninguna consecuencia. Ya que la adolescencia es una etapa de cambio y ajuste de identidad para el adolescente, éste encuentra en la relación sexual una cercanía emocional, que no encuentra en casa o en su núcleo familiar. En algunos otros casos es importante mencionar que el abuso sexual forma parte importante dentro de los factores que influyen para el inicio de relaciones sexuales a temprana edad. (13).

La actividad sexual sin emplear de manera adecuada algún método anticonceptivo contribuye al índice tan alto de embarazos en adolescentes, sin embargo las evidencias más recientes indican que las adolescentes pueden utilizar de manera correcta algún método anticonceptivo incluso mejor que las adultas, pero en la mayoría de los casos deben enfrentarse a retos importantes en cuanto a la obtención de métodos anticonceptivos. Muchas de ellas, inmaduras desde el punto de vista cognoscitivo son incapaces de percibir las consecuencias a futuro del inicio de la vida sexual a edades tempranas como el embarazo y las ETS y por lo tanto no utilizan ningún método anticonceptivo. El proceso de maduración psicológica durante la adolescencia comprende la formación de una autoimagen estable, una identidad sexual y un concepto de sí misma

como ser independiente de los padres, sin embargo este proceso no se lleva a cabo de forma adecuada ni ordenada de manera que la adolescente no se ve como una mujer fértil. Así mismo, el desarrollo cognoscitivo de las adolescentes tan limitado les impide tomar en cuenta los sentimientos de sus parejas, así como de preveer el uso de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no planeado. Algunos adolescentes tienen también ideas erróneas acerca del embarazo como el hecho de que el embarazo solo es factible con las relaciones sexuales frecuentes . (2).

Otro aspecto importante es que cuanto más prolongada es la actividad sexual de la adolescente sin que ocurra un embarazo, más se refuerza esta conducta, la mayoría de las adolescentes desconocen el hecho de que al aumento de la edad, se incrementa la posibilidad de que los ciclos ovulatorios sean regulares y por lo tanto aumente la fertilidad. También existe el riesgo de embarazo en adolescentes cuando éstas consultan y obtienen pruebas de embarazos negativas, cerca del 56% de las pacientes, que tienen una prueba negativa de embarazo se encuentran embarazadas a los 18 meses siguientes. (14). En este caso son candidatas excelentes para la asesoría y prevención de embarazos imprevistos en el futuro.



Para la mayoría de las adolescentes su minoría de edad se convierte en una carga para intentar conseguir algún método anticonceptivo(5).

En México según estadísticas del Programa Nacional de la Mujer (PRONAM), en 1995 existían aproximadamente un 36.1% de usuarias de anticonceptivos sin especificar tipo entre mujeres adolescentes, que viven en pareja y el 13% de las adolescentes quedaron embarazadas a pesar de haber utilizado algún método anticonceptivo.(17)

De acuerdo a un estudio realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, respecto a la utilización de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, sólo el 24% de la población estudiada utilizaron algún método anticonceptivo, con un promedio de inicio de vida sexual a los 16 años. Más de la mitad de las adolescentes afirmaron no haber recibido previamente información sobre anticoncepción. (8)

## FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA PATERNIDAD DE LOS ADOLESCENTES

En el momento en el que una adolescente se sabe embarazada tiene principalmente tres alternativas: continuar el embarazo hasta el término y convertirse en madre, interrumpir el embarazo por medio de un aborto o continuar el embarazo y dar a su hijo en adopción. (2)

El principal factor, que orilla a una adolescente a decidirse por la maternidad es la situación socioeconómica baja; el 80% de las adolescentes que dan a luz son pobres o de bajos ingresos. (2) En E.U. el 38% de los adolescentes viven en la pobreza o con bajos ingresos familiares y el 83% de los adolescentes tienen un hijo, el 61% de las que abortan viven en estas circunstancias. Aproximadamente de el 50 al 60% de las adolescentes, que se embarazan tienen historia de abuso sexual en la infancia o abuso físico en la adolescencia. (5). Las adolescentes embarazadas provenientes de familias con ingresos altos tienden a someterse a un aborto.

Algunos factores socioculturales, como son normas de la sociedad, que permiten o fomentan la maternidad temprana interactúan con el resto de situaciones por las cuales una adolescente cuenta con un riesgo elevado de embarazarse a edades tempranas.

## CONTINUACION DEL EMBARAZO HASTA EL TÉRMINO

En estas circunstancias es imprescindible orientar de forma adecuada a la madre adolescente acerca del control prenatal temprano y regular en el embarazo, encaminado a disminuir los riesgos futuros para la madre y su hijo. En 1992, el 43% de las adolescentes menores de 15 años de edad y el 59.5% de las de 15 a 19 años de edad recibieron atención médica prenatal en el primer trimestre, en comparación con el 78% de todas las mujeres embarazadas; el 17% de las jóvenes menores de 15 años no tenían atención prenatal o la recibían muy tarde en comparación con el 10% de las de 15 a 19 años de edad y el 5% de todas las mujeres (15). En el caso de adolescentes embarazadas que tienen un control prenatal deficiente el 20% de las embarazadas tempranas ó menores de 15 años y el 12% de todas las adolescentes embarazadas reciben

atención prenatal hasta el tercer trimestre del embarazo o ninguno hasta la atención del parto. (16)

## RIESGO PERINATAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES

El índice de recién nacidos con bajo peso es mayor entre las madres adolescentes, que en las mujeres maduras. (17). La incidencia de complicaciones médicas que involucran a la madre y a su hijo son más frecuentes en la embarazada adolescente, aunque existen datos de que el riesgo es mayor en las adolescentes más jóvenes, es decir en la adolescencia temprana. La incidencia de bajo peso al nacer (< 2500gr) es más del doble en las adolescentes, que en las adultas y el rango de mortalidad neonatal (dentro de los primeros 28 días después del nacimiento) es casi tres veces mayor. La mortalidad materna, aunque baja, es dos veces mayor que las mujeres mayores de 20 años embarazadas. El embarazo en la adolescente se asocia con otros problemas médicos, que incluyen poca ganancia de peso durante el embarazo, mayor índice de nacimiento de productos pretérmino (menores de 37 semanas de gestación), hipertensión inducida por el embarazo, anemia y enfermedades de transmisión sexual. Las embarazadas en la

adolescencia temprana tienen mayor índice de productos con bajo peso y esto es más frecuente en la población afro-americana. (5)

El riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso al nacer es mayor entre las adolescentes menores de 15 años. (18) El bajo peso al nacer: menos de 2500gr y la mortalidad neonatal se deben a una serie de factores maternos, como nutrición deficiente, abuso de sustancias (cigarrillos, alcohol o drogas ilícitas) e infecciones genitales. Las adolescentes durante los primeros dos años después de la menarca necesitan más nutrientes y compiten con los que requiere el feto en desarrollo, de manera que es más probable desde el punto de vista biológico, que el riesgo sea mayor sólo por la edad de la adolescente. (19)

Las adolescentes presentan una mayor frecuencia de factores de riesgo para el parto prematuro y bajo peso al nacer del producto, pero a pesar de esto no presentan una mayor frecuencia en complicaciones como aborto y amenaza de aborto y los productos presentan una edad gestacional significativamente menor, que en los productos de las adultas.(20)

## EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ABORTO

En 1994 en E.U. se presentaron aproximadamente 1 267 415 abortos legales en los centros de control y prevención de las Enfermedades y aproximadamente el 20% de éstos procedimientos se realizaron en mujeres menores de 20 años. (21) En México en 1994 se presentan aproximadamente 1,700,000 abortos al año cifra menor que en el periodo de 1993-1995 el cuál fue de 200,000 abortos al año. (17) Actualmente de todos los embarazos en adolescentes el 35% corresponden a abortos y el 14% a pérdidas de la gestación a edades tempranas. (10). Gracias a la legalización del aborto en 1973 en E.U. el índice de casos y mortalidad del aborto legales inducido disminuyó en 90% entre 1972-1987, sin embargo en México ocupó el tercer lugar por causa de muerte materna en el periodo de 1992-1994(17).

## PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Debido a que el embarazo en adolescente es un problema multifactorial demanda soluciones multidisciplinarias, que deben establecerse de acuerdo a las necesidades particulares de cada comunidad. Muchos de estos programas incluyen la promoción de abstinencia sexual, disponibilidad de métodos anticonceptivos, educación sexual, estrategias para completar la educación escolar y el adiestramiento en algún trabajo, la prevención del primero o segundo embarazo con particular atención en las adolescentes de mayor riesgo y programas que incluyan a los adolescentes varones. Es importante mencionar, que la pareja de la adolescente embarazada, las escuelas, las instituciones religiosas, las agencias sociales y el gobierno juegan un rol importante en los programas de prevención para estas pacientes. (10)

## **OBJETIVO**

**CONOCER EL RIESGO PERINATAL EN LAS EMBARAZADAS**

**ADOLESCENTES QUE INGRESARON AL HOSPITAL JUAREZ**

**DE MÉXICO EN UN PERIODO DE 3 MESES ( MAYO DEL 2002**

**A JULIO DEL 2002), PARA PODER IMPLEMENTAR**

**POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA INSTITUCIONALES ,**

**A ESTE TIPO DE PROBLEMAS**



## MATERIAL Y METODOS

### TIPO DE ESTUDIO:

Estudio retrospectivo, longitudinal, clínico, no experimental.

### UNIVERSO DE TRABAJO:

Datos clínicos que caracterizan a la población en estudio, obtenidos del expediente clínico de pacientes adolescentes ingresadas en el Hospital Juárez de México, con el diagnóstico de embarazo, las cuales hayan resuelto su evento obstétrico en éste Hospital del 1ero de Mayo del 2002 al 31 de Julio del 2002

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes adolescentes ingresadas por el Servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia las cuáles hayan resuelto el evento obstétrico en ésta Institución, a cualquier edad gestacional, del 1ero de Mayo del 2002 al 31 de Julio del 2002.

## ANÁLISIS

Se capturaron en una hoja de cálculo (programa Excel 95) todos los datos clínicos que caracterizan a la población en estudio obtenidos del expediente clínico, se analizarán los datos por prevalencia en porcentajes obteniéndose datos de tendencia central y de dispersión de variables numéricas, con el mismo programa se utilizarán tablas y gráficas para agrupar y presentar los datos obtenidos.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido del 1ero de Mayo del 2002 al 31 de Julio del 2002 se revisaron los expedientes clínicos de 236 pacientes adolescentes las cuales ingresaron a través del servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de embarazo y resolvieron su evento obstétrico en éste Hospital. De 1230 eventos obstétricos, 236 correspondieron a adolescentes (19.1%) (fig 1). De todos los nacimientos registrados en este periodo los cuales son de 1020 nacimientos, 217 (21.2%) corresponde a nacimientos en adolescentes (fig 2).

Al respecto de la edad en este grupo de pacientes adolescentes la edad promedio fue de 18 años, la moda de 18 años, mediana de 17.34 años con una desviación estándar (DS) de 1.33 y una varianza de 1.77.(fig 3) De este grupo de adolescentes al dividirlo en adolescentes tempranas que corresponden a edad menor de 15 años el total fue de 25 pacientes (11%). y adolescentes tardías edades comprendidas de 16 a 19 años de 211 pacientes (89%).(fig 4).

En cuanto a las semanas de gestación en estas pacientes la moda fue de 40 semanas de gestación (SDG), media de 36.5 SDG, mediana de 39 SDG con una DS de 7.94 SDG y una varianza de 7.94 SDG. (fig 5).

La moda al respecto de los días de estancia intrahospitalaria para este grupo de pacientes fue de 1 día, con una media de 1.4 días, mediana de 1 día, con una DS de 1.07 días y varianza de 1.15 días.(fig6)

El nivel socioeconómico se presentó de la siguiente manera el nivel I correspondió a 28 pacientes (12%), el nivel II a 58 pacientes (25%), el nivel III a 79 pacientes (33%) y el nivel IV a 71 pacientes (30%). (fig 7)

En cuanto a los diagnósticos de ingreso el diagnóstico de aborto fue en 19 pacientes (8.05%), Sin trabajo de parto (STDP) en 17 pacientes representando el 7.02%, con trabajo de parto en fase latente (TPFL) en 43 pacientes (18.22%) y trabajo de parto en fase activa (TPFA) en 157 pacientes (66.52%).(fig 8)

De 236 pacientes, 37 presentaron complicaciones médicas (15.6%), de las cuáles 1 paciente con epilepsia (3%), 1 paciente con HIV (3%), Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo

(EHIE) en 5 pacientes (14%), preeclampsia severa en 8 pacientes (22%), y preeclampsia leve en 12 pacientes (31%). (fig 9) De las complicaciones médicas la preeclampsia se presentó en 26 casos el (11.8%) de los 219 nacimientos, distribuidos de la siguiente manera: enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en 6 pacientes (23%), preeclampsia leve en 12 pacientes (46%), y preeclampsia severa en 8 pacientes (31%).( fig 19). De acuerdo a las complicaciones obstétricas del total de 236 pacientes sólo en 73 pacientes (30%) tuvieron algún tipo de complicación y 163 pacientes (70%) no presentaron complicaciones. Las complicaciones más importantes fueron : ruptura prematura de membranas (RPM) en 21 pacientes (10%), productos con presentación pélvica en 8 pacientes (4%), Embarazo gemelar en 6 pacientes (3%) y Malformaciones en el producto en 3 pacientes representando (1%), 2 pacientes con productos con hidrocefalia y un producto con encefalocele.(fig 10). Dentro de la vía de resolución del embarazo en 158 pacientes fue por parto (67%) y en 59 pacientes (25%) fue por cesárea, legrado uterino instrumentado en 19 pacientes (8%).(fig 11) Las indicaciones para la cesárea se presentaron de la siguiente manera: distocia mecánica en 20 pacientes (36%), distocia fetal en 11 pacientes (20%), producto con presentación pélvica en 9 pacientes (16%), antecedente de 2 cesáreas previas en 7 pacientes (13%), embarazo gemelar en 6 pacientes (11%) Y 1 pacientes con

condilomatosis vulvar (2%).(fig 12). De acuerdo a la valoración de la edad gestacional por CAPURRO, 27 productos fueron pretérmino (21.44%), de término 173 productos (79.7%) y postérmino 17 productos (7.8%).(fig 13). La valoración de APGAR al minuto fue: calificación mayor de 7: 191 productos (88%), calificación menor de 7: 26 productos (11.9%). (fig 14) En relación al peso del producto al nacimiento, predominó el peso normal de 2500 a 3800gr en un total de 168 productos , peso mayor a 3800gr en un total de 6 productos y peso de 1899 a 2500gr en 27 productos, de 800 a 1800gr en 16 productos y de 600 a 2500gr 43 productos.(fig 15). En la población estudiada el número de pacientes menores de 15 años, es decir adolescencia temprana fueron 25 pacientes (11%). Las semanas de gestación al ingreso de estas pacientes fue en promedio de 40 SDG con mediana de 39 SDG, media de 36.5 SDG y con una DS de 7.9 SDG.(fig 16). Las características de este grupo de adolescentes menores de 16 años se presentaron de la siguiente manera: 1 paciente con adicciones (alcohol), 4 pacientes con diagnóstico de aborto en evolución complicaciones médicas preeclampsia severa en 1 paciente, complicaciones obstétricas 2 pacientes con desproporción feto-pélvica . En éste grupo de pacientes hubo una muerte neonatal por Síndrome de membrana hialina producto del embarazo de una adolescente de 13 años, el peso del producto al nacer era de 1300gr y de término por capurro.

En cuanto a la resolución del embarazo: 5 pacientes por vía cesárea (20%), 16 pacientes por parto (64%) y 4 abortos (16%). (fig 17). El número de pacientes que presentaban adicciones fue de 13 (4.8%), de estas 8 con tabaquismo positivo, 5 con alcoholismo.

Las características de las pacientes con adicciones fueron las siguientes: aborto incompleto en 5 pacientes, trabajo de parto en fase activa en 8 pacientes, de éstas 7 se resolvieron por parto eutócico y 1 por cesárea. Las complicaciones médicas fueron 1 paciente con HIV-SIDA y 1 paciente con preeclampsia leve. (Fig 18)

ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

## EVENTOS OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES

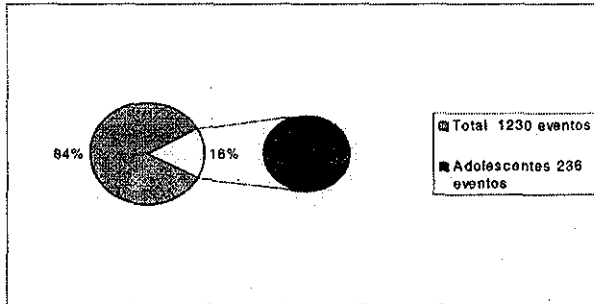


Fig. 1

## TOTAL DE NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES

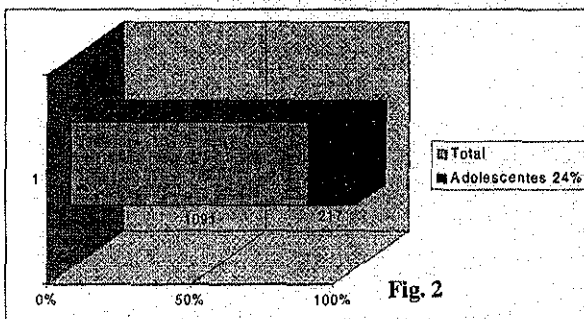


Fig. 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## EDAD

	Años
Promedio	18
Mediana	17.34
Desviación estandar	1.33
Varianza	1.77

Fig.3

## GRUPOS DE ADOLESCENTES POR EDAD

10-14 años	25 pacientes	11%
16-19 años	211 pacientes	89%

Fig.4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SEMANAS DE GESTACION

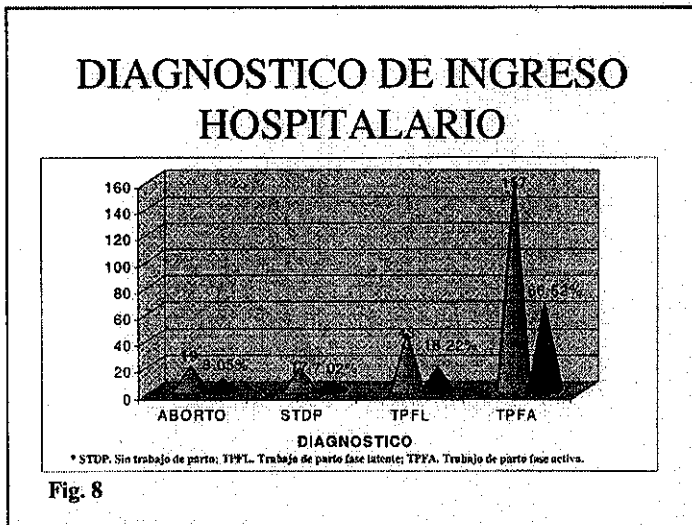
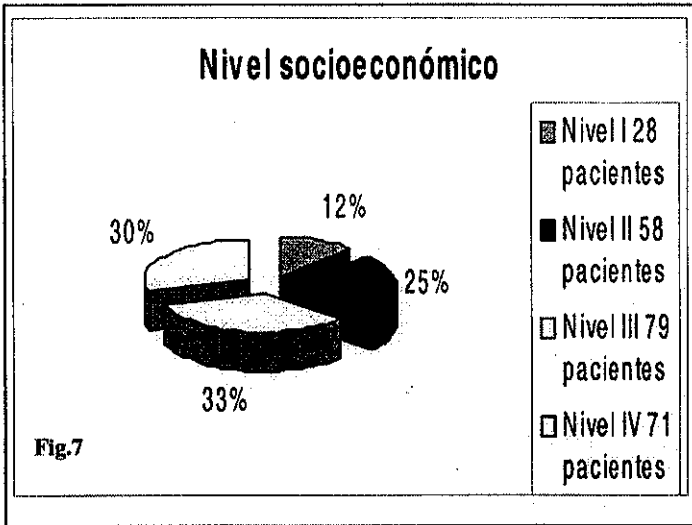
<b>Moda</b>	<b>40 SDG</b>
<b>Mediana</b>	<b>39 SDG</b>
<b>Desviación estandar</b>	<b>7.9 SDG</b>
<b>Varianza</b>	<b>7.9 SDG</b>

Fig. 5

## DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

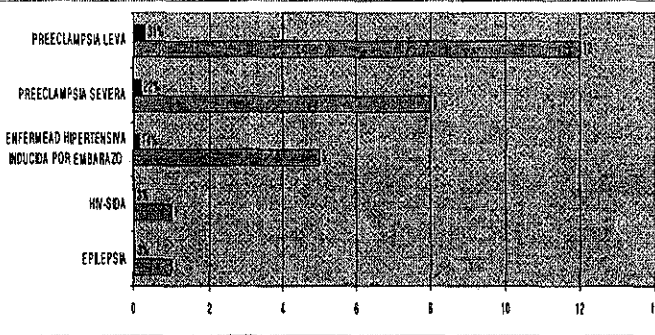
<b>Media</b>	<b>1.4 día</b>
<b>Mediana</b>	<b>1 día</b>
<b>Desviación estandar</b>	<b>1.07 días</b>
<b>Varianza</b>	<b>1.15 días</b>

Fig. 6



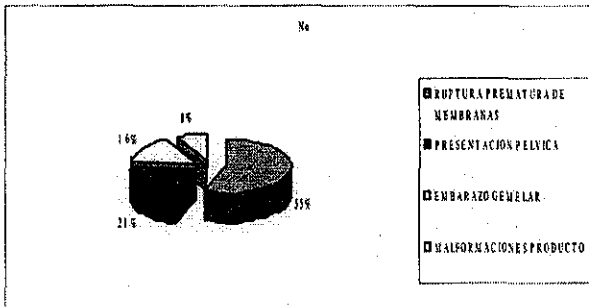
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## COMPLICACIONES MÉDICAS



**Fig. 9** Total de paciente con complicación 37 (15.6%)

## COMPLICACIONES OBSTETRICAS



**Fig. 10**  
 Total de pacientes con complicación 73 (30%)  
 Total de pacientes sin complicación 163 (70%)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VIA DE RESOLUCION OBSTETRICA

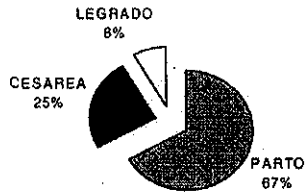


Fig. 11

## INDICACIONES DE CESAREA

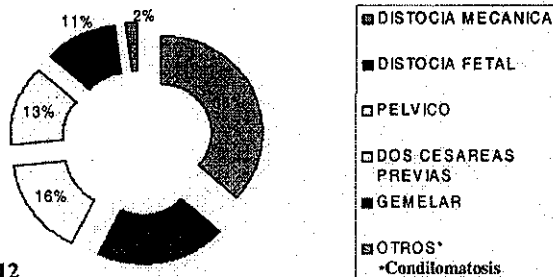
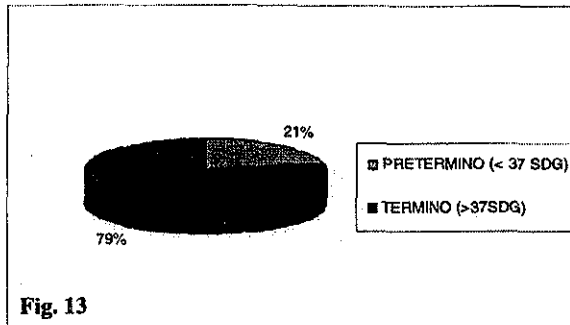


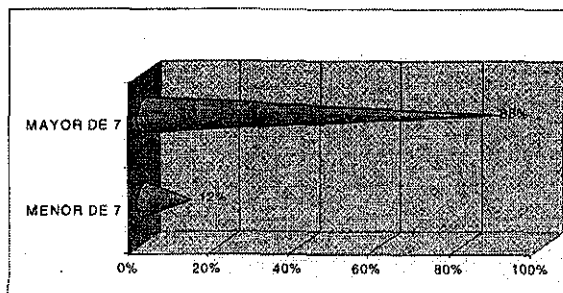
Fig. 12

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VALORACION DE CAPURRO PARA EDAD GESTACIONAL



## VALORACION DE APGAR AL MINUTO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PESO DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO

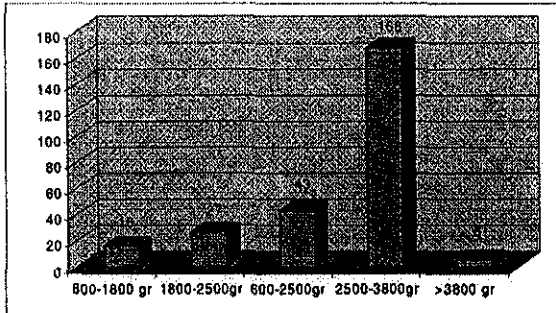


Fig. 15

## ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS

No. total	25 pacientes (10.5%)
PROMEDIO SDG INGRESO	40 SDG
MEDIANA	39 SDG
MEDIA	36.5 SDG
DESVIACIÓN ESTANDAR	7.9 SDG

Fig. 16

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES	No. PACIENTES
ALCOHOLISMO	1
DX ABORTO EN EVOLUCIÓN	4
PREECLAMPSIA SEVERA	1
MUERTE FETAL (SMH)	1
PARTO	16
CESAREA	5
ABORTO	4

Fig. 17

## ADOLESCENTES MENORES DE 16 AÑOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES	No. PACIENTES
ADICCIÓNES	13 (4.8%)
TABAQUISMO	8
ALCOHOLISMO	5
ABORTO INCOMPLETO	5
TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA	8
PARTO	7
CESAREA	1
HIV-SIDA	1
PREECLAMPSIA LEVE	1
OBITO FETAL	1
MUERTE FETAL	1

Fig. 18



## PREECLAMPSIA

- Enfermedad hipertensiva

Inducida por el embarazo	6 casos	23%
Preeclampsia severa	8 casos	31%
Preeclampsia leve	12 casos	46%

**Fig 19.** 26 casos=11.8%

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio, aproximadamente 2 de cada 10 pacientes embarazadas que ingresan al servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Juárez de México corresponden a adolescentes, de las cuáles el 10% se encuentran en la adolescencia temprana y el 90% en la adolescencia tardía éstos datos concuerdan con la literatura universal en la cual el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se encuentran dentro del grupo de adolescencia tardía. En nuestro estudio la edad promedio de éstas pacientes fué de 18 años.

Es importante destacar que existen tres niveles a analizar en este grupo de pacientes los cuáles son: el aspecto biológico, psicológico y social, Analizaremos primeramente el aspecto biológico de estas pacientes:

En la mayoría de los estudios realizados en adolescentes a nivel internacional se concluye que existe en ellas un mayor riesgo

perinatal principalmente preeclampsia, parto pretérmino, y productos con bajo peso al nacer siendo esto más frecuente en el grupo de adolescencia temprana, sin embargo en el estudio realizado en el Hospital Juárez de México, sólo el 15.6% de todas las adolescentes presentaron complicaciones médicas de ellas la más importante fue preeclampsia leve en un 31%, y en cuanto a las complicaciones obstétricas éstas se presentaron sólo en el 30%, siendo la más importante la ruptura prematura de membranas (55%). En términos generales la preeclampsia considerada como uno de las complicaciones más importantes en éste grupo de pacientes y principalmente en la adolescencia temprana, en nuestro estudio se presentó sólo en el 11.8% de las pacientes en adolescencia temprana, y el tipo más importante fue la preeclampsia leve con 46% de los casos sin repercusiones para la madre o su hijo. La vía de resolución del embarazo en general fue por parto en el 67% de las pacientes y cesárea en un 25%, índice menor que el de la población general en el Hospital Juárez de México que es de 35%. En el grupo de adolescencia temprana la cesárea fue la vía de resolución del embarazo sólo en el 20%.

El aborto se presentó en el 8% de todas las adolescentes, de las pacientes adolescentes tempranas representó el 16% porcentaje

menor que el reportado en la literatura universal que es del 35% en general de todas las adolescentes.

Las adicciones son factores asociados a un pobre pronóstico perinatal y en el grupo de adolescencia temprana representó el 4.8%, el tabaquismo y alcoholismo fueron los más frecuentes.

En cuanto a la edad gestacional de los productos al nacimiento, en nuestras pacientes, éste correspondió en la gran mayoría al término, tanto en el grupo de adolescencia temprana como tardía, (40 SDG), la literatura universal dice que la embarazada adolescente tiene un mayor índice de embarazos pretérmino y más frecuentemente en la adolescente temprana, sin embargo en la población adolescente del Hospital Juárez de México no se encontró ésta relación.

El peso del producto al nacimiento se encontró en la gran mayoría de las pacientes dentro de los límites normales (2500-3800gr), en la literatura universal aparentemente existe un mayor riesgo de estas pacientes a tener productos de menor peso al nacer, sin embargo en nuestra serie de pacientes esto no fue lo más frecuente.

En cuanto a los aspectos psicosociales, el nivel socioeconómico bajo se ha visto según la literatura internacional asociado con mayor frecuencia al embarazos en la adolescencia, en el caso de la población adolescente del Hospital Juárez México existió un mayor porcentaje de pacientes con bajo nivel socioeconómico, datos que concuerdan con la literatura internacional.

## CONCLUSIONES

El porcentaje de atención a la embarazada adolescente es mayor en el Hospital Juárez de México (21.1%) que el Nacional (17.1%).

El porcentaje de atención de abortos en adolescentes en el Hospital Juárez de México es del 8%, porcentaje menor al 17% de todos los abortos reportados en éste Hospital y menor al promedio nacionales del 15%.

La complicación médica más frecuente en las adolescentes es la preeclampsia con un 11.8%. sin repercusión en el estado materno o de su hijo, la complicación obstétrica más frecuente fue la ruptura prematura de membranas que coincide con lo reportado internacionalmente.

Los índices de embarazo gemelar y presentación pélvica son los mismos reportados internacionalmente.

En relación a los recién nacidos, se encontró que la complicación más frecuente fue el bajo peso para la edad gestacional, sin repercusiones para el estado general del producto el cuál representó el 9.2%.

Se encontró que el estado biológico de estas pacientes está afectado, es necesario evaluar el aspecto psicológico y social ya que quizás estas áreas son las más afectadas y las cuáles repercutirán de forma importante en las expectativas de vida tanto para la madre como para su hijo y su entorno social.

La población adolescente embarazada del Hospital Juárez de México no tiene un mayor riesgo perinatal, la resolución del embarazo al igual, que las características de los productos de los mismos no presentaron repercusiones o complicaciones para la madre o su hijo

**BIBLIOGRAFIA.**

- (1) Williams FG: OBSTETRICIA 20 Ed. México D. F. Manual Moderno, 2000. 145-147.
- (2) Villanueva, LA y cols. : CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, Ginec Obst Mex 1999; 67: 356-360.
- (3) Ahued AR: OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA APLICADAS 1ª ed. México D. F. , JGH Editores, 2000. 145-149.
- (4) Rosenfield A, Mahmoud FF: MANUAL DE REPRODUCCION HUMANA, The Parthenon Publising Group 1994 New York. 521-550.
- (5) Felice ME: ADOLESCENT PREGNANCY CURRENT TRENDS AND ISSUES PEDIATRICS, 1999; 103 (2): 516-520.
- (6) Ettner FM: THE OBSTETRICAL CARE OF YOUNG WOMEN , Clin Fam Pract 2000; 2 (4): 1017-1035.
- (7) Villanueva LA y cols: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. Ginec Obst Mex 2000; 68: 143-147.



- (8) Villanueva LA: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS ANTICONCEPTIVAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. *Ginec Obst Mex* 2001; 69: 239-263.
- (9) Ortigoso CE y cols: EVALUACION DE UN CURSO EDUCATIVO SOBRE LA ETAPA GESTACIONAL EXCLUSIVO PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS. *Ginec Obst Mex* 1999, 67: 276-283.
- (10) Polanezky M: PREGNANCY IN THE ADOLESCENT PATIENT, *Pediatr Clin North Am* 1999, 46(4): 649-670.
- (11) Klerman LV: ADOLESCENT PREGNANCY AND PARENTING: CONTROVERSIES OF THE PAST AND LESSON FOR THE FUTURE. *J Adolesc Health* 1993; 14: 553.
- (12) Furstenberg FF, Levine JA, Brooks-Gunn J: THE CHILDREN OF TEENAGE MOTHERS: PATTERNS OF EARLY CHILD-BEARING IN TWO GENERATIONS. *Fam Plann Perspect* 1990; 22:54.
- (13) Stevens-Simon C, Reichert S: SEXUAL ABUSE, ADOLESCENT PREGNANCY, AND CHILD ABUSE: A DEVELOPMENTAL APPROACH TO AN INTERGENERATIONAL CYCLE. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148:26.

- (14) Zabin LS, Sedivy V, Emerson MR: SUBSEQUENT RISK OF CHILDBEARING AMONG ADOLESCENT WITH A NEGATIVE PREGNANCY TEST. *Fam Plann Perspect* 1994; 26:212-217.
- (15) Wegman ME: ANNUAL SUMMARY OF VITAL STATISTICS 1993. *Pediatrics* 1994; 94: 792.
- (16) Berhman: NELSON TEXBOOK OF PEDIATRICS. 16 Ed. Copyright 2000. Saunders company.
- (17) ENFES. ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987. Dirección General de Planificación familiar de la Secretaria de Salud México, 1990.
- (18) McAnarney ER: YOUNG MATERNAL AGE AND ADVERSE NEONATAL OUTCOME. *Am J Dis Child* 1987; 141:1053.
- (19) Goldenberg R, Klerman LV: ADOLESCENT PREGNANCY ANOTHER LOOK (editorial). *N Engl J Med* 1995; 332: 1161.

- (20) Zuckerman BS, Walker DK, Frank DA, et al.:  
ADOLESCENT PREGNANCY: BIOBEHAVIORAL  
DETERMINANTS OF OUTCOME. J Pediatr 1985; 75:973
- (21) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND  
PREVENTION. ABORTION SURVEILLANCE:  
PRELIMINARY DATA UNITED STATES, 1994. MMWR  
1997; 45:1123.
- (22) INEGI. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA  
GEOGRAFIA E INFORMATICA: POBLACION TOTAL  
POR SEXO SEGUN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD,  
2000.