

11217^S



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
"HOSPITAL GENERAL TACUBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**INCIDENCIA, COMPLICACIONES Y VIA DE
RESOLUCION DEL EMBARAZO EN
PACIENTES ADOLESCENTES**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECO - OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

DRA. MA. DEL SOCORRO AGUIRRE MORALES

**ASESORES DE TESIS: DR. RAUL MENDEZ SOTO
DR. SERGIO FUENTES MORALES**



ISSSTE

MEXICO, D.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de esta Tesis de Postgrado.
NOMBRE: Ma. del Socorro Aguirre Morales 2003
E. Aguirre Morales
FECHA: 06/10/2003
FIRMA:





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

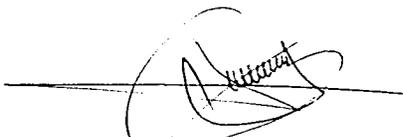
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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



DR. RAÚL MÉNDEZ SOTO

COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL TACUBA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



DR. SERGIO FUENTES MORALES

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL TACUBA



DR. MANUEL DE J. UTRILLA ÁVILA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL TACUBA



*TE BENDIGO SEÑOR POR PERMITIRME VIVIR
EN ESTE TIEMPO Y TE DOY GRACIAS POR
TODO LO RECIBIDO HASTA AHORA SIN MERECCERLO,
ILUMÍNAME CON AMOR PARA MIS SEMEJANTES,
DISPONIBILIDAD DE SERVICIO Y AYUDA. INFUNDE EN
MI, LA HUMILDAD, PORQUE TODO LO QUE REALICE,
VENDRÁ DE TUS MANOS MI DIOS.*

TERCER CON
FALLA DE SERVICIO

**PADRE Y MADRE LOS AMO
LA LUCHA POR MIS METAS
EN LA VIDA, LAS GUIAN SU
EJEMPLO. SON MI FUERZA Y
CONSUELO EN LAS DIFICULTADES
LO QUE HE LOGRADO ES DE USTEDES
Y POR USTEDES.**

**A MIS HERMANOS POR SU TIEMPO
E INFUNDIR EN MI EL ANIMO, CUANDO
ESTABA A PUNTO DE DERRUMBARME.**

**A MIS MAESTROS POR COMPARTIR SUS
CONOCIMIENTOS Y SU AMISTAD, POR
AGUANTAR MIS TORPEZAS Y CORREGIR
NOBLEMENTE MIS MUCHOS ERRORES
(DR. FUENTES, DR. OSNAYA, DR. SALINAS Y DR. MORENO)**

**A LOS QUE ME BRINDARON SU AMISTAD
SINCERA SIN ENVIDIAS, NI PRESUNCIONES
ENRIQUECIENDO MI PERSONA
(GRACIAS OLG Y)**

**A LUCHA POR BRINDARME SU HOGAR
AMINORANDO LA AUSENCIA DE LA
FAMILIA.**

**TESIS CON
FALLA DE AUSEN**

ÍNDICE

- 1. RESUMEN**
- 2. ABSTRACT**
- 3. INTRODUCCIÓN**
- 4. ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO**
- 5. JUSTIFICACIÓN**
- 6. OBJETIVO**
- 7. MATERIALES Y MÉTODOS**
- 8. RESULTADOS**
- 9. DISCUSIÓN**
- 10. CONCLUSIONES**
- 11. ANEXO**
- 12. REFERENCIAS**

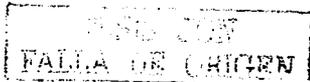
TRABAJOS
CON
FALLA DE LICEN

RESUMEN

La problemática actual a la que se enfrenta el adolescente, se ve influenciada por una serie de factores psicosociales y culturales, favoreciendo con ello diversos problemas de salud. El embarazo en la adolescencia es un problema medico y un fenómeno social de importancia creciente. Una atención medica oportuna puede resolver el riesgo propio del embarazo, pero las carencias en esta etapa de la vida y la falta de recursos que manifiestan ciertas sociedades puede frustrar la expectativa de la madre y su hijo de tal forma que el embarazo en la adolescencia significa más un problema social que medico. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se llevo a cabo un estudio retrospectivo, transversal y observacional en el Hospital General Tacuba (ISSTE) del 1° de Enero de 1998 al 31 de Diciembre de 1999. Se incluyeron pacientes embarazadas entre las edades de 12 a 19 años. Los datos fueron recabados de los expedientes clínicos acorde a las siguientes variables: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, uso de método de planificación familiar, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, gestas, control prenatal, complicaciones prenatales, vía de resolución, indicación de cesárea, peso, Apgar y sexo del producto. **RESULTADOS.** Se analizaron 151 casos de pacientes embarazadas adolescentes de las cuales el 40.3% se encontraban entre la edad de 17 años, 47% madres solteras, 45.6% casadas, 79.4% dedicadas al hogar, 46.3% contaban con secundaria completa. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 15.5 años, 94% refieren un solo compañero sexual, 81.4% no utilizaron método de planificación, 96.9% fueron primigestas, el 98.6% contaron con

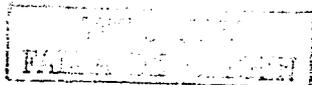
100% CON
FALLA DE PLANIFICACIÓN

control prenatal. de las complicaciones prenatales más frecuentes fueron las infecciosas IVU y cervicovaginitis en un 33.1% la primera. El 88% fueron embarazos de termino, la vía de resolución del embarazo fue de un 66.8% partos vaginales y un 33.2% vía abdominal. siendo la DCP en un 7.9% la principal indicación de cesárea. El 86.7% de los productos tuvieron un peso entre los 2501 a 3900 gramos. El apgar a los 5 minutos fue mayor de 7 en todos los productos. **CONCLUSIONES.** De los resultados de este estudio se desprende que el embarazo en la adolescencia tiene un riesgo equivalente al resto de población femenina en etapa fértil, y la temprana edad por sí misma no es un riesgo si no se relaciona con otros factores como son: socioeconómicos, culturales, salud previa, calidad de control prenatal y deseo o no de embarazo. Es necesaria la formación de grupos multidisciplinarios que manejen, orienten y ayuden a este grupo de población. Desarrollar programas encaminados a fortalecer la educación, hacer responsables a los jóvenes de su sexualidad. Crear conciencia en el adolescente de que el hecho de una madurez física, no conlleva a una madurez psicológica y mucho menos la responsabilidad de una nueva vida.



ABSTRACT

The kind of problems that a teenager confronts, seems to be influenced by psychosocial and cultural factors, that helps some health problems. The pregnancy during the teenage is a medical problem and a social phenomena of growing importance. A medical care could avoid the risks during the pregnancy, but the careless at this stage in the life and the poor that characterized some social groups could frustrate the mother's and son future in such way, that the teenage pregnancy looks more as a social problem that a medical one. **MATERIAL AND METHODS.** In a transversal retrospective study at the Tacuba's General Hospital (ISSTIE) between the 1° of January of 1998 and the 31 of December of 1999. The studies includes pregnant women between 12 and 19 years old. The data was taken from clinic expedients according with the following variables: age, civil state, scholarship, work, use of contraception methods, the begin of sexual activity, number of sexual partners, number of pregnancies, prenatal care, prenatal complications, resolution via, cesarie indication, weight, apgar and sex of the product. **RESULTS.** The study includes 151 pregnancy teenage women in which 40.3% were 17 years old. 47% single mother's, 45.6% married, 79.4% house wives, 46.3% finished high school. The avarage age at which sexual activity begins was 15.5 years old, 94% only had one sexual partner, 81.4% don't use conception methods, 96.9% once pregnant, 98.6% with prenatal care, the more frequently reported obstetrical complications was the infection urinary track and cervical infections. 88% was complete pregnancies, 66.8% the resolution via was vaginal



born and a 33.2% abdominal via, 7.9% was DCP the principal indication of cesarie. 86.7% has a product weight between 2501 and 3900 gr. The apgar at 5 minutes was higher of 7 in all products. **CONCLUSIONS.** From the studies results we concluded that the pregnancy during the teen age has an equivalent risk as the rest of the women in fertility stage, and the early age itself is not a risk if it doesn't mix with other factors as: socioeconomics, cultural, previous health, quality prenatal care and the no pregnancy desire. It is necessary to form multidisciplinary groups that manage, guide and help this group of the society. Develop programs that encourage the education, and to make young people responsible of they sexuality. Create concience in the teenager that physical mature doesn't means phsicological mature and the responsibility of a new life is big enough.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
FALLA DE URGEN

INTRODUCCION

El proceso de reproducción Humana responsable de la conservación de la especie es un fenómeno natural que se ve determinado por factores genéticos condicionado por factores ambientales en compleja interacción, dando como resultado el fenotipo que caracteriza a cada individuo.

En nuestro país los cambios de estilo de vida, el crecimiento demográfico, y los diversos niveles de desarrollo han creado una patología de origen en factores sociales y culturales, favoreciendo la presencia de diversos problemas de salud en el grupo de adolescentes que en nuestro país representa al 25% de la población total.

Entre éstos destacan problemas del desarrollo y crecimiento, trastornos de conducta, afeción emocional, problemas de aprendizaje, embarazo a edad precoz y crianza de los hijos a temprana edad.

La adolescencia no consiste sólo en un problema de adaptación a los cambios corporales que se presentan en los mismos sino que es una fase decisiva de evolución hacia una ,mayor independencia psicológica, donde la sexualidad aparece en primer plano de preocupación en la transformación que caracteriza a ésta etapa.

A pesar de que la adolescencia se considera por lo general como un periodo libre de problemas en cuanto a la salud reproductiva, el adolescente en muchos aspectos es un caso especial que necesita servicios de atención para la salud,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

especialmente diseñados para su edad y sus necesidades, que incluyan personal de salud capacitado que conozca y sepa manejar la problemática que caracteriza a esta etapa difícil de la vida. Sin embargo, éste tipo de servicios no existen en nuestro medio por lo que el adolescente enfrenta los cambios físicos, emocionales y sociales sin una orientación adecuada.

En las últimas décadas se han creado políticas de investigación relacionadas con la problemática que enfrenta el adolescente respecto a su sexualidad, el embarazo y la crianza de los hijos a edad temprana, pero éstas se han visto entorpecidas por factores religiosos, educativos, familiares y socioculturales.

Estudios en Norteamérica muestran que la edad óptima para el embarazo es de los 20 a los 24 años, aumentando el riesgo perinatal hasta en un 23% en pacientes menores de 20 años.

Estudios en nuestro país y latinoamérica se han reportado como edad óptima de embarazo de los 18 a los 24 años, considerando a la mujer de 18 a 19 años madura biológica y psicológicamente.

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como una condición de alto riesgo por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas que presenta en comparación con la edad adulta, se describe en éste grupo una mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica, anemia materna, preeclampsia y bajo peso en el recién nacido.



ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

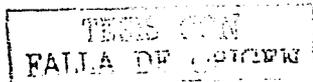
El embarazo durante la adolescencia está asociado a riesgos médicos y psicosociales significativos tanto a la madre como al producto. Etimológicamente adolescente procede de adolescere , que significa hacia el crecimiento.

Según la Norma Oficial Mexicana y el Instituto Nacional de Perinatología es la época de la vida que se extiende de los primeros signos de pubertad hasta el total del desarrollo de los caracteres sexuales y comprende de los 11 a los 19 años.

Desde el punto de vista de la sociología es la época del desarrollo humano que va del final de la infancia al inicio de la edad adulta. El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto.

En el campo Médico (según Magdaleno, Silver y Muniot en 1995), el embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer y se consideran los dos primeros años posteriores a la menarca ya que durante ellos se encuentra la mayor inmadurez biológica y física.

El embarazo en la adolescencia es un problema que se ha presentado desde los tiempos antiguos ya que en los textos bíblicos se mencionan los compromisos matrimoniales con mujeres entre los 13 y 14 años.



En la literatura médica, Mandelso en 1658 refiere un embarazo en una niña de 6 años, Haller en 1751 reporta una niña de 9 años, pero el de mayor impacto es del Dr. Ecomel en 1939 de una niña peruana que mediante cesárea a los 5 años y medio tuvo un producto de 2700 g. Furtado en 1947 refiere una niña de Brasil de 7 años con parto gemelar.

El proceso de reproducción humana responsable de la conservación de la especie es un fenómeno natural que se ve determinado por factores genéticos condicionado por factores ambientales en compleja interacción dando como resultado el fenotipo que caracteriza cada individuo.

En las últimas dos décadas se ha incrementado el interés en el embarazo y parto en el adolescente al reconocer a éste como un problema multifactorial y de no fácil solución, este puede ocurrir en todos los grupos sociales económicos, raciales y étnicos, relacionándose estrechamente con factores culturales, educativos, políticos, psicológicos y religiosos.

Las pacientes adolescentes embarazadas se han identificado como de alto riesgo reflejándose esto en una mayor morbimortalidad tanto materna como perinatal.

En el ámbito mundial se estima que anualmente más de un millón de mujeres menores de 20 años resultan embarazadas, de las cuales más del 50% terminan en parto, esto traduce que del 17 al 20% de la población procede de madres de entre 11 y 18 años.

TERMS COPY
FALLA DE ORIGEN

En México la población de adolescentes representa el 25% de la población total, de ésta la mitad corresponde a mujeres.

Los cambios en el estilo de vida, el crecimiento demográfico y los diversos niveles de desarrollo han creado una patología de origen en factores sociales y culturales en los que se incluye problemas de crecimiento y desarrollo, trastornos de la conducta, afecciones emocionales, problemas de aprendizaje, embarazo a edad precoz y la crianza de hijos a edad temprana.

Por otro lado, los hábitos y la actividad sexual de los adolescentes han cambiado mucho en los últimos decenios y se han identificado los factores que favorecen la presencia del embarazo en la adolescencia como son pubertad temprana, nivel socioeconómico bajo, nivel de educación bajo, medio carente de afecto, búsqueda de identidad propia, interés por lo prohibido y rebeldía contra lo establecido, deseo de sentirse adulto, poca religiosidad, abuso de sustancias, influencia de compañeros, la cultura permisiva con tolerancia a la sexualidad desconocimiento de los métodos anticonceptivos, los medios de publicidad y sentimiento de no ser aceptado. Todos estos problemas se ven relacionados con la reproducción y establecen un reto al equipo multidisciplinario de salud encargado de la atención al adolescente.

Es claro que en la adolescencia existen situaciones desfavorables para la maternidad predominando en aquellos jóvenes que dentro de la pirámide poblacional son estimulados a través de la publicidad a relaciones sexuales no responsables, y en una etapa de la vida en que se despierta el natural interés por el sexo en un



organismo precozmente maduro, por la presentación de una menarca cada vez más temprana.

El embarazo en la adolescencia lleva consigo mayores riesgos médicos, encontrando como principales en la madre: aumento de la morbimortalidad de 2 a 4 veces mayor en comparación con las pacientes mayores de 20 años, aborto, enfermedades venéreas, anemia, aumento de peso, toxemia, amenaza de parto pretérmino, trabajo de parto prolongado, estrés elevado durante el trabajo de parto, laceraciones cervicales; y, con respecto al producto: aumento de la mortalidad perinatal hasta 30 veces mas que en los hijos de pacientes mayores de 20 años, peso bajo al nacer, prematuridad, anomalías congénitas. Sx Dawn., La vía de resolución es mayor con respecto a cesáreas por DCP, aplicación de fórceps. Otras complicaciones son abandono escolar, disminución en las oportunidades de empleo salarios bajos, matrimonios inestables, dependencia económica prolongada, depresión, intento de suicidio, y abuso sexual.



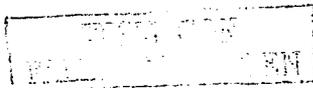
JUSTIFICACION

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública en nuestro país, asociado a riesgos médicos y psicosociales significativos tanto a la madre como al producto, esto ha permitido identificar a las mujeres embarazadas de ésta etapa de la vida como de alto riesgo. Consideramos que el conocer la frecuencia del embarazo en las adolescentes del Hospital General Tacuba permitirá identificar los factores de riesgo y con ello disminuir la tasa de morbimortalidad en éste grupo de estudio.



OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es determinar mediante la revisión del expediente clínico de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Tacuba (ISSSTE), la frecuencia de las variables condicionantes de mayor riesgo reproductivo y conocer los problemas de salud secundarios al embarazo precoz.



MATERIAL Y METODOS

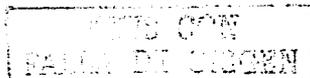
Se llevó a cabo una investigación retrospectiva, descriptiva, transversal y observacional en el Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, durante el periodo comprendido del 1º. De enero de 1998 al 31 de diciembre de 1999.

Se incluyeron pacientes embarazadas entre las edades de 12 a 19 años que recibieron atención obstétrica en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital General Tacuba en el periodo ya determinado.

Se excluyeron del estudio a todas las pacientes con enfermedades previas al embarazo y las que no contaban con expediente clínico completo.

Las variables analizadas incluyeron: edad de la paciente, estado civil, escolaridad, ocupación, uso de método de planificación familiar, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, número de gestas, número de consultas de control prenatal, complicaciones médicas durante el embarazo, parto y puerperio, vía de resolución del embarazo, indicación de cesárea, peso, Apgar, sexo del producto y lugar de estancia del recién nacido.

Los datos fueron obtenidos directamente de cada uno de los expedientes clínicos para posteriormente ser seleccionados mediante tabulaciones y gráficas.



El análisis estadístico se realizó mediante medidas de tendencia central y valores porcentuales.

ESTADO CIVIL
FALLA DE CASEREN

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido del 1º. De enero 1998 al 31 de diciembre de 1999, se registró un total de 188 pacientes adolescentes entre las edades de 12 a 19 años en el servicio de Obstetricia del Hospital General Tacuba (ISSSTE).

Se excluyó un total de 37 pacientes (19.6%) las cuales no cumplieron con los criterios de inclusión descritos, por lo tanto el universo de estudio comprendió un total de 151 pacientes.

La gráfica 1 muestra la edad de las pacientes en estudio. Se observa que no se presentaron embarazos en pacientes de 12 y 13 años, mientras que en las de 14 años hubo 3 pacientes (1.9%), de 15 años fueron 10 pacientes (6.6%), de 16 años hubo 23 pacientes (15.2%), de 17 años fueron 61 pacientes (40.3%), de 18 años 17 pacientes (11.2%), de 19 años 37 pacientes (24.5%).

En la gráfica 2 se observa el estado civil de las pacientes de las que 69 estaban casadas lo que correspondió al 45.6%, 71 (47%) fueron madres solteras, únicamente 11 (7.2%) vivían en unión libre.

La gráfica 3 corresponde a la ocupación de la paciente antes del embarazo. 3 pacientes (1.9%) de 14 años se dedicaron al hogar; en las pacientes de 15 años, 9



(5.9%) se dedicaron al hogar y 1 (0.66%) era estudiante; de las pacientes de 16 años, 17 (11.2%) dedicadas al hogar y 6 pacientes (3.9%) eran estudiantes; de 17 años, 42 pacientes (27.8%) dedicadas al hogar, 1 paciente (0.66%) era trabajadora y 18 (11.9%) estudiantes; de 18 años, 16 pacientes (10.5%) se dedicaban al hogar, 1 paciente (0.66%) estudiante; de 19 años, 33 (21.8%) dedicadas al hogar, 4 pacientes (2.6%) estudiantes.

La gráfica 4 muestra el grado de escolaridad de las pacientes. 2 pacientes (1.3%) tuvieron primaria incompleta, 10 pacientes (6.6%) primaria completa, 23 pacientes (15.2%) secundaria incompleta, 70 pacientes (46.3%) secundaria completa, 27 pacientes (17.8%) bachillerato incompleto y 21 pacientes (13.9%) bachillerato completo.

La gráfica 5 reporta la edad de inicio de la vida sexual activa. A los 12 años 1 paciente (0.66%); a los 13 años, 6 pacientes (3.9%); a los 14 años, 13 pacientes (8.6%); a los 15 años, 33 pacientes (21.8%); a los 16 años, 61 pacientes (40.3%); a los 17 años, 19 pacientes (12.5%); a los 18 años, 16 pacientes (10.5%); a los 19 años, 2 pacientes (1.3%).

Con respecto al número de compañeros sexuales el 94% tuvieron 1 pareja, el 3.9% 2 parejas, 1.3% 4 o más parejas sexuales y el 0.66% 3 parejas sexuales (gráfica 6).

En relación con el uso de métodos anticonceptivos, las adolescentes de 14 años (3 pacientes) niegan la utilización de método de planificación familiar. 8 de las

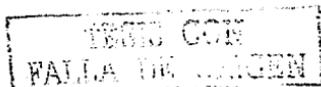


10 pacientes de 15 años no utilizaron método de planificación familiar y las otras 2 utilizaron DIU. De las pacientes de 16 años, 22 no utilizaron método de planificación familiar y sólo 1 de ellas utilizó preservativo. De las pacientes de 17 años, 57 no utilizaron método, 3 utilizaron preservativo y 1 DIU. De las de 18 años 13 no refieren utilización de método, 2 utilizaron hormonales orales y 2 DIU. De 19 años, 20 no utilizaron método, 7 utilizaron preservativo, 7 DIU y 2 hormonales orales y 1 hormonales inyectables (Gráfica 7).

La gráfica 8 hace referencia al número de gestas de las adolescentes observando que 131 pacientes (96.9%) corresponden a primigestas, 17 pacientes (11.2%) secundigestas, 3 pacientes (1.9%) 3 gestas o más.

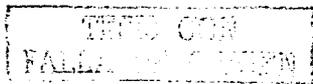
La gráfica 9 hace alusión al control prenatal. Se observa que el 98.6% tuvieron atención prenatal y de ellas en el grupo de 14 años las 3 pacientes tuvieron control adecuado con más de 5 consultas. En el grupo de 15 años, 6 pacientes contaron con control prenatal adecuado (más de 5 consultas), 4 con control inadecuado menos de 5 consultas. De las de 16 años, 15 contaron con control prenatal adecuado y 8 con control prenatal inadecuado. De 17 años, 45 con control prenatal adecuado y 16 inadecuado. 15 de 18 años con control prenatal adecuado y 2 inadecuado. De 19 años, 32 pacientes con control prenatal adecuado y 5 con control prenatal inadecuado.

La gráfica 10 muestra las complicaciones perinatales, se reportó infección de vías respiratorias altas (IVRA) en 1.3% de las adolescentes, en 1 paciente de 14 y 1 paciente de 19 años. Amenaza de aborto en el 9.2% en 3 pacientes de 15 años, 2 de



16 años, 2 de 17 años, 3 de 18 años y 4 de 19 años. Amenaza de parto pretérmino(APP) en 2.6%, 1 paciente de 15 años, 1 de 18 años y 2 de 19 años. Infección de vías urinarias(IVU)en el 33.1% en 6 pacientes de 15 años, en 9 de 16 años, en 18 de 17 años en 5 pacientes de 18 años y en 12 pacientes de 19 años. Cervicovaginitis(CV)en 16.5% en 1 paciente de 14 años, en 2 pacientes de 15 años, en 7 pacientes de 16 años, en 10 pacientes de 17 años, en 3 de 18 años y en 2 de 19 años. Gastroenteritis(GEPI)en 0.66% de ellas, en 1 paciente de 15 años. Ruptura prematura de membranas(RPM)en 6.6% , en 1 de 15 años, en 1 de 16 años, en 4 de 17 años, en 1 de 18 años y en 3 de 19 años. Preeclampsia severa(PES)3.3%, en 3 paciente de 16 años y en 2 de 19 años. IVPH en .66% en 1 de 16 años. Sufrimiento fetal(SF)en 1.3% en 1 de 17 años y en 1 de 19 años. Bartholinitis en .66% en 1 de 19 años, y diabetes gestacional (DG)en .66% en 1 de 19 años. El embarazo normoevolutivo se presentó en el 42.3% de las pacientes. 1 paciente de 14 años, 2 de 15 años, 6 de 16 años, 31 de 17 años, 8 de 18 años y 16 de 19 años.

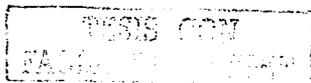
Se dividió a los recién nacidos en el momento del evento obstétrico de acuerdo con la edad gestacional en pretérmino (< de 37 semanas) en 1 paciente de 15 años, 2 de 16 años, 4 de 17 años, y 4 de 19 años con un porcentaje de 7.3%; a término (de 37 a 42 semanas) 3 de 14 años, 9 de 15 años, 21 de 16 años, 54 de 17 años, 15 de 18 años y 31 de 19 años que correspondió al 30.4% del total de las pacientes. Post-término (> de 42 semanas), 3 de 17 años, 2 de 18 años y 2 de 19 años correspondiendo a 4.6% (Gráfica 11).



La vía de resolución del embarazo fue de partos eutócicos (66.8%) 3 en pacientes de 14 años, 8 en pacientes de 15 años, 10 en pacientes de 16 años, 44 en pacientes de 17 años, 10 en las de 18 años y 26 en pacientes de 19 años. Partos distócicos (3.3%) 1 en 1 paciente de 15 años, 1 de 16, 1 de 17 y 2 de 19 años. Cesáreas en 29.8% de los casos, en 1 paciente de 15 años, en 12 pacientes de 16 años, en 16 pacientes de 17 años, en 7 pacientes de 18 años y en 9 de 19 años (Gráfica 12).

Las principales indicaciones de la cesárea fueron por baja reserva fetal (1.9%) 1 paciente de 17 años, 1 de 18 años y 1 de 19 años. DCP (7.9%) en 3 pacientes de 16 años, 3 de 17 años, 2 de 18 años y 4 de 19 años. Diabetes gestacional (0.66%) 1 paciente de 19 años. Embarazo gemelar (0.66%) en 1 paciente de 17 años. Hipomotilidad (0.66%) en 1 paciente de 16 años. Oligoamnios en 1.3% en 1 paciente de 15 años y en 1 de 18 años. Occipitotransverso persistente (1.3% en 1 de 16 años y 1 de 19 años. Presentación pélvica (2.6%). 2 de 17 años y 2 de 18 años. Período intergenésico corto en 1.9%, 1 paciente de 16 años y 2 de 19 años. Preeclampsia severa (3.3%), en 3 pacientes de 16 años y 2 de 19 años. RPM en 2.6% en 1 paciente de 16 años y 3 de 17 años. SF 3.3% de los casos, en 3 pacientes de 16 años, 1 de 17 años y 1 de 18 años. Taquicardia fetal en 3.9%, 1 paciente de 16 años, 3 de 17 años y 2 de 19 años. Situación transversa 0.66% en 1 paciente de 19 años (gráfica 13).

Con respecto al peso de los productos fueron menores de 2500g el 11.9%, de los cuales 1 en 1 paciente de 15 años, 1 en 16 años, 12 en pacientes de 17 años, 1 en 1 paciente de 18 años y en 3 pacientes de 19 años. De 2501 a 3900g en el 86.7% entre las que fueron 3 pacientes de 14 años, 9 de 15 años, 22 de 16 años, 48 de 17



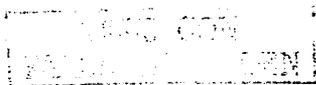
años, 15 de 18 años y 34 de 19 años. Mayores de 3901 correspondieron al 1.3%, 1 paciente de 17 años y 1 de 18 años (Gráfica 14).

El sexo de los productos fue de 50% masculino y 50% femenino (gráfica 15).

En cuanto a la valoración Apgar al minuto se expresa en la gráfica 16 y muestra que el Apgar menor o igual a 6 se presentó en una paciente de 16 años (0.66%), 3 pacientes de 17 años (1.9%), 2 de 18 años (1.3%) y 2 de 19 años (1.3%). Entre los valores de 7 y 9 se encontraron a los 14 años 3 pacientes (1.9%), en las de 15 años 8 pacientes (5.2%), en las de 16 años 22 pacientes (14.5%) y en las de 17 años 57 pacientes (37.7%), de 18 años fueron 14 pacientes (9.2%) y de 19 años 32 pacientes (21.1%). Mayor o igual a 9 2 pacientes en la edad de 15 años (1.3%), 2 en los 17 años (1.3%), una paciente a los 18 años (0.66%), 3 pacientes a los 19 años (1.9%).

La gráfica 17 muestra la valoración Apgar a los 5 minutos, menor de 8 una paciente de 17 años (0.66%), una paciente de 18 años (0.66%), entre 8 y 9 se encontraron 2 pacientes de 15 años (1.3%), 6 pacientes de 16 años (3.9%), 11 pacientes de 17 años (7.2%), 2 pacientes de 18 (1.3%) y 5 pacientes de 19 años (3.3%). Apgar mayor o igual a 9, 3 paciente, a los 14 años (1.9%), 8 pacientes a los 15 años (5.2%), 17 pacientes a los 16 años (11.2%), 50 pacientes a los 17 años (33.1%), 14 pacientes a los 18 años (9.2%) y 32 pacientes a los 19 años (21.1%).

El lugar de estancia del producto se observa en la gráfica 18. muestra que el 64.9% de los recién nacidos permanecieron en alojamiento conjunto, 27.8% pasaron a



cunero fisiológico y 7.2% se ingresaron a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

TIENE
FALLA DE

DISCUSION

El objetivo de ésta investigación fue identificar los factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente y determinar la prevalencia de estas en éste grupo poblacional.

En la literatura se describen varios factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas en la embarazada adolescente como son el nivel socioeconómico, las características del núcleo familiar que incluyen nivel de integración, falta de un control prenatal adecuado y falta de atención médica oportuna de los padecimientos comunes durante el embarazo.

La edad promedio en el grupo estudiado fue de 16.5 años. Con un rango de 3 pacientes de 14 años y 37 pacientes de 19 años, lo que hace suponer que las complicaciones médicas del embarazo precoz pueden estar presentes en adolescentes embarazadas menores de 16 años en nuestro medio.

Se ha informado que las madres solteras y la unión libre son factores determinantes para que se presenten complicaciones obstétricas, sin embargo en nuestro grupo de estudio se observó que el 47% de los casos correspondieron a madres solteras y el 46.7% fueron casadas, éste resultado nos remite a un patrón de conducta social tradicional como suponemos es la nuestra en donde se insiste en la necesidad del matrimonio para legitimar el embarazo.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Está descrito que cuando el primer embarazo se presenta durante la adolescencia lleva a una desintegración y desorganización en la vida de la joven, pues trae como consecuencia frecuente el abandono de los estudios, el trabajo y conflictos familiares. En nuestro estudio observamos que el mayor porcentaje (79.4%) fueron pacientes dedicadas al hogar, mientras que el 1.9% continuaban sus estudios y únicamente 1 paciente trabajaba.

En relación con la escolaridad materna, se observó que las pacientes contaban en su mayoría(46.3%) con secundaria completa, únicamente 2 pacientes (1.3%) tuvieron sólo instrucción primaria incompleta, esto podría estar relacionado con el tipo de derechohabiente del instituto y su nivel socioeconómico.

En México menos del 30% de las mujeres inicia su vida sexual activa antes de los 18 años, el descenso en la edad de inicio de la pubertad así como la primera menstruación se ha mencionado como factor de riesgo para el inicio de relaciones coitales precoces y la presencia de embarazos no deseados además de elevar el índice de promiscuidad sexual. Los resultados de nuestro estudio reflejan que la edad promedio de inicio de vida sexual activa fue de 15.5 años, 1 paciente inició a los 12 años. Mientras que en cuanto al número de parejas sexuales fue en promedio de 2.5 sin embargo observamos que 1 paciente de 15 años reportó 12 compañeros sexuales.

La precocidad sexual es un fenómeno social de nuestro tiempo, cada vez más jóvenes se deciden por una vida sexual activa en quienes se caracteriza la falta de protección contra el embarazo. La incongruencia de la información sobre métodos anticonceptivos y el uso de los mismos en relaciones coitales ha originado una tasa



reducida de la efectividad de la contracepción en los adolescentes, la causa de lo anterior podría estar en desequilibrio entre la madurez física y la inmadurez psicológica de las adolescentes y en la información distorsionada sobre algunos métodos anticonceptivos. En el resultado se aprecia que únicamente el 17.2% utilizaron algún método de planificación familiar.

Únicamente el 3.1% de las pacientes tenían embarazos previos el resto (96.9%) eran primigestas. En ambos casos es de temer que el embarazo a edad materna temprana favorezca a la multiparidad y sus consecuencias por una mayor fecundidad acumulada y aumente el riesgo de desarrollo posterior de cáncer cervicouterino, se exponga a enfermedades de transmisión sexual, y a soportar las complicaciones tempranas del embarazo como el aborto, sea éste espontáneo o intencional.

De acuerdo a reportes previos la frecuencia de complicaciones en el embarazo de adolescentes está en relación con el deficiente control prenatal. En el presente trabajo el 98.6% de las pacientes recibieron atención prenatal y de ellas el 76.8% tuvieron más de 5 consultas, 21.8% recibieron menos de 5 consultas. Es indispensable en la medicina moderna el papel fundamental de la vigilancia prenatal en la prevención de complicaciones.

De éstos resultados y otros estudios similares se desprende que el embarazo en la adolescencia tiene un riesgo equivalente al resto de la población femenina en etapa fértil y la temprana edad para el embarazo no es en si misma un riesgo si no se le relaciona con otros factores como estado socioeconómico y cultural, salud previa.

RECIBIDO
FALCÓN

deseo de embarazo o no y la calidad de asistencia perinatal que se proporcione a la joven madre. En éste estudio las complicaciones más frecuentes fueron la infección de vías urinarias, cervicovaginitis, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto y preeclampsia, patologías que no se mencionan como incrementadas en el embarazo precoz.

Se ha mencionado que la prematurez es un factor de riesgo común en las adolescentes, sin embargo, en ésta investigación se observó que el 87.7% fueron embarazos a término, 7.9% de pretérmino y 4.6% de post-término lo cual no corresponde con las estadísticas reportadas en investigaciones previas.

En este estudio a diferencia de lo reportado en la literatura consultada el índice de cesáreas fue menor (29.8%) en proporción al número de partos eutócicos (66.8%) lo cual sugiere que las adolescentes embarazadas no difieren físicamente de las mujeres adultas y pueden tolerar adecuadamente el trabajo de parto. Las principales indicaciones de las cesáreas fueron: desproporción cefalopélvica, preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo y presentaciones anormales.

Según estadísticas nacionales las adolescentes presentan un riesgo mayor de prematurez y bajo peso al nacimiento, en nuestra investigación observamos que los productos de término y con peso adecuado para la edad gestacional (comprendidos de 2500 a 3999gr) fueron los de predominio, lo cual no respalda las aseveraciones referidas en la literatura, ya que no hay diferencia significativa con pacientes de mas de 20 años.

TRIS CON
FALLA DE CENGEN

En cuanto al sexo de los productos éstos no dependen de la edad cronológica de la madre, en éste caso obtivimos un 50% de masculinos y 50% de femeninos.

Durante más de 30 años la calificación de Apgar al nacimiento ha sido una de las más constantes y útiles mediciones para identificar de primera instancia el bienestar del recién nacido, para justificar una terapia de apoyo o para establecer inicialmente un pronóstico de salud neonatal. Se dice que un Apgar mayor o igual de 7 a los 5 minutos se considera normal o de buen pronóstico, cifra alcanzada por los productos de nuestro estudio. Esta observación se refleja en el lugar de estancia de los productos de los cuales el 65.5% permaneció en el alojamiento conjunto, 29.8% en el cunero y únicamente el 6.6% en la UCIN.

TERMINADO
FALLA DE REGISTRO

CONCLUSIONES

La madurez y plenitud biológicas iniciadas por la menstruación le permiten al adolescente utilizar su capacidad reproductora, pero no facilita un paralelismo semejante en los órdenes económico, cultural, psicológico y social que participan en el concepto integral de la salud.

Este estudio no fue diseñado para determinar el impacto de las complicaciones sociales y familiares que trae consigo el embarazo en un adolescente, es prioritario intensificar las campañas de educación sexual en la adolescencia. Es por ello que la preocupación actual y válida para cualquier edad se centra en las repercusiones de cada nuevo ser dentro de la comunidad y que en países como el nuestro, de jóvenes y con 40% de la población en la miseria, tienen dentro de los indicadores demográficos. La sobrepoblación tiene efectos adversos en la realización personal y social y constituye una situación emergente en sociedades en desarrollo con un bajo nivel de vida.

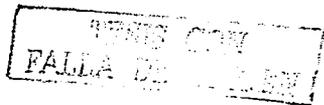
Las adolescentes embarazadas que terminan su desarrollo físico, presentan complicaciones debidas al pobre acceso a servicios médicos, así como a patrones culturales y sociales que impiden una adecuada integración psicosocial de la madre, se mencionan entre ellas: deserción escolar, desempleo, bajo ingreso económico, divorcios y mayor número de hijos. Los hijos de éstas madres tienen el riesgo de:



abuso físico, negligencia en el cuidado de su salud, desnutrición, retardo físico y psicológico.

La atención del embarazo en la adolescencia debe hacerse de forma integral y respetar la forma de pensar y conducirse da cada adolescente en particular, pero también haría responsable de su sexualidad. Es necesario desarrollar normas y procedimientos encaminados a fortalecer la educación y atención al adolescente con la finalidad de conocer su problemática, prestar apoyo y resolución de sus necesidades.

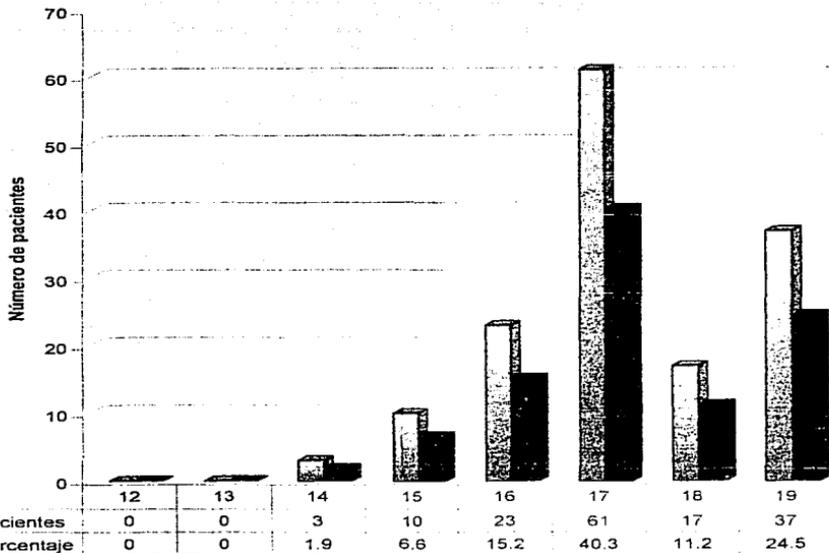
Es indispensable el valor que tiene la vida en cualquier lugar y tiempo de la historia, pero es nuestra responsabilidad impulsar su potencial, proporcionando en los progenitores y descendientes el desarrollo de las cualidades del ser humano y por ende su bienestar en el mundo. Debemos estar conscientes de que la responsabilidad histórica de la generación actual es desacelerar el proceso demográfico, mientras nos alcanza el desarrollo y la equidad a fin de lograr un crecimiento armónico y sea entonces cuando el valor de una nueva vida sea personal y socialmente deseable y cada nuevo ser sea recibido con gratitud.



ANEXO

TAMPA CO. FLA.
MAY 10 1968

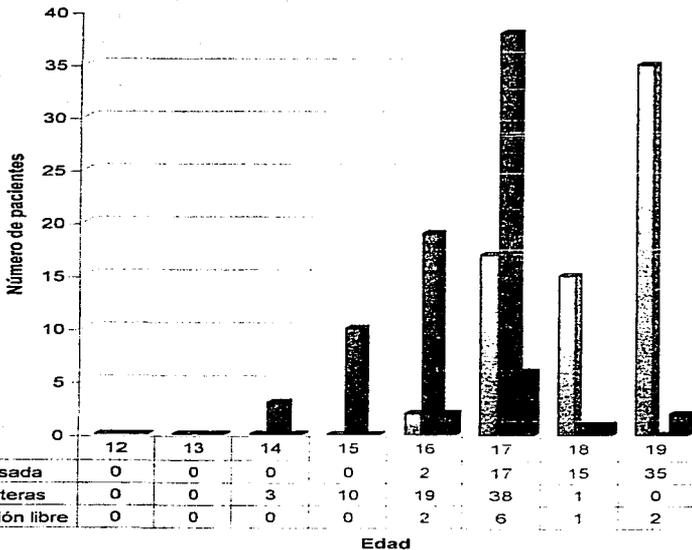
EDAD DE PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Edad

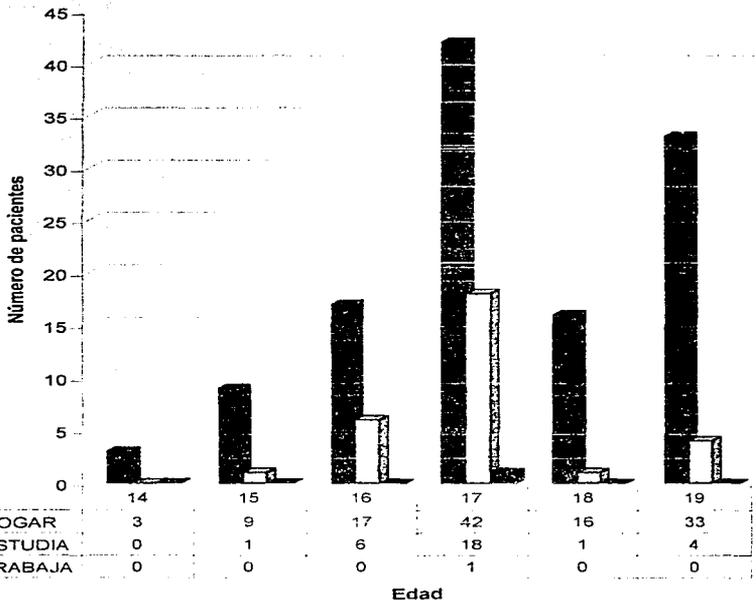


ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS



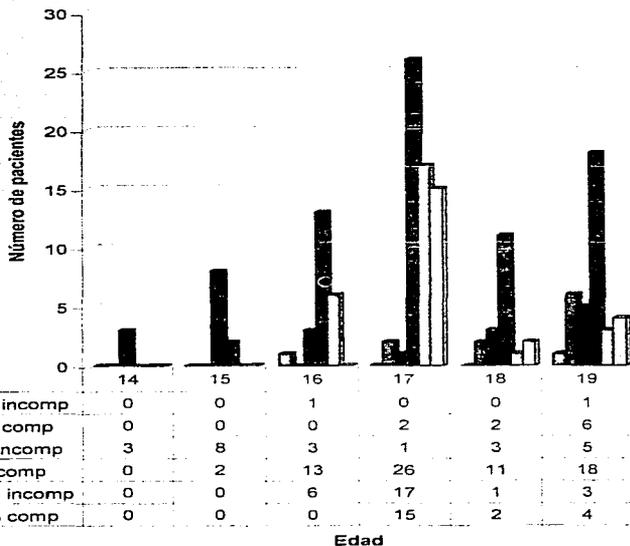
TRUSSARDI
FALLA PER...
MILANO

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS



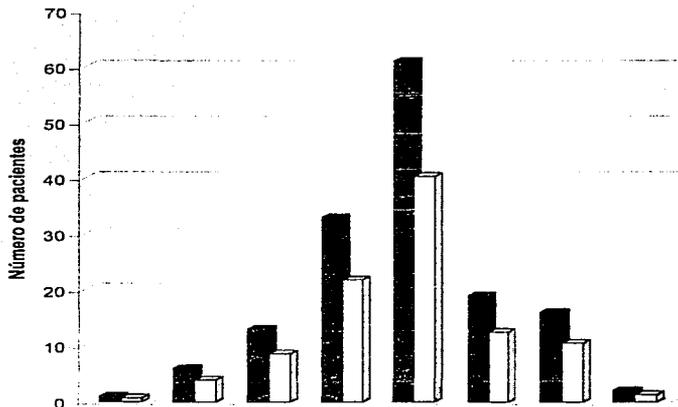
INSTITUCIÓN
 FALTA DE...
 UN...

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



INSTITUTO VIAL
 FALLA DE...
 ...

**EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN
PACIENTES ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS**

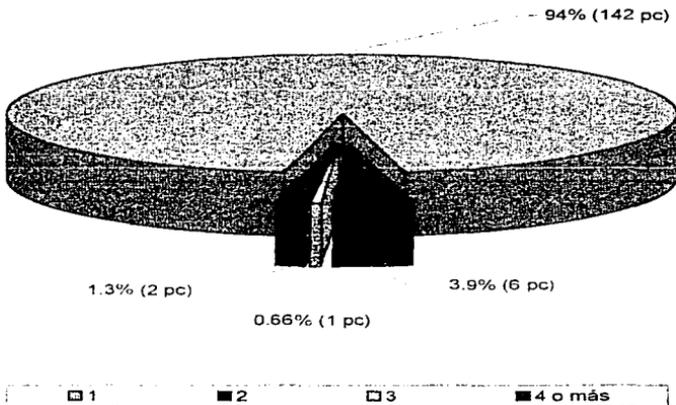


| | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|--------------|------|-----|-----|------|------|------|------|-----|
| ■ Pacientes | 1 | 6 | 13 | 33 | 61 | 19 | 16 | 2 |
| □ Porcentaje | 0,66 | 3,9 | 8,6 | 21,8 | 40,3 | 12,5 | 10,5 | 1,3 |

Edad

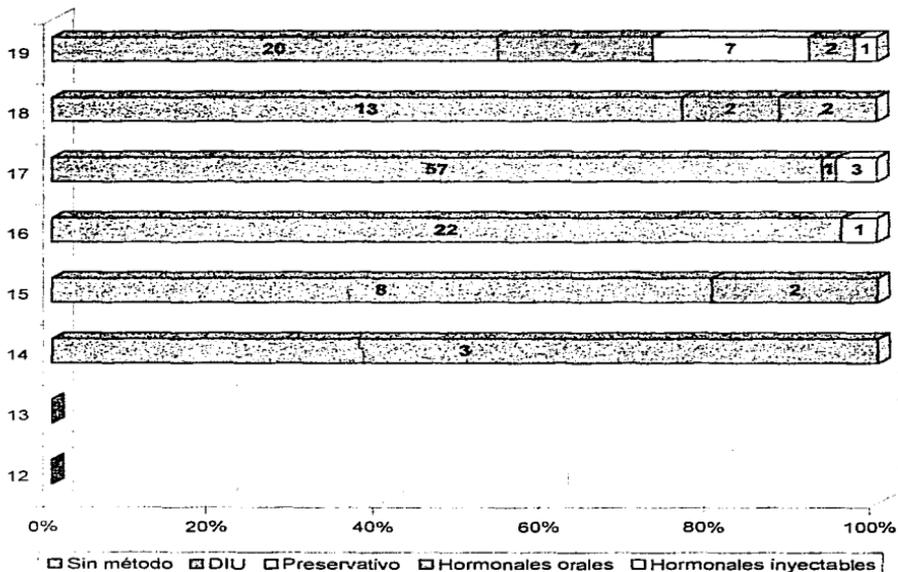


**NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES EN PACIENTES
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS**



TRIPS CON
PAR... EN

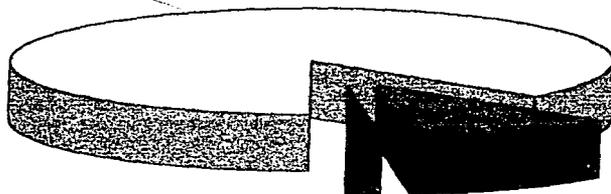
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS



TESIS EN
 FALTA DE RESPONDER

NÚMERO DE GESTAS EN PACIENTES ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD

86.7% (131 pc)



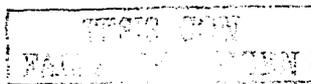
1.9% (3 pc)

11.2% (17 pc)

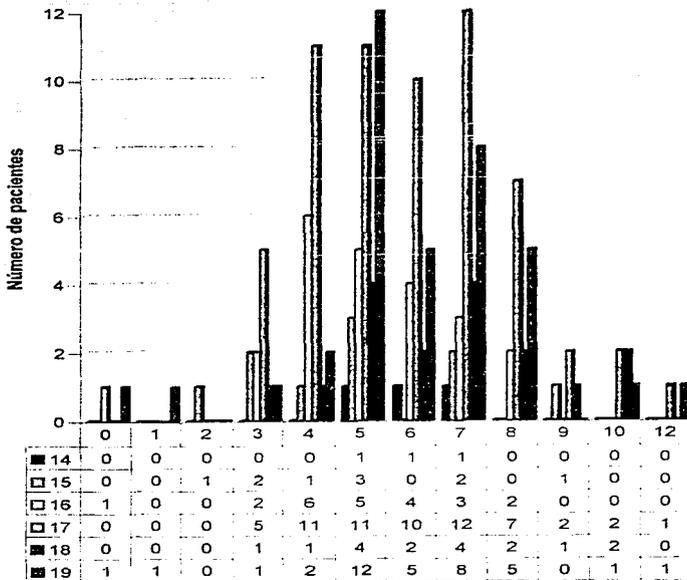
□ Primigestas

▣ Secundigestas

■ Tres gestas o más



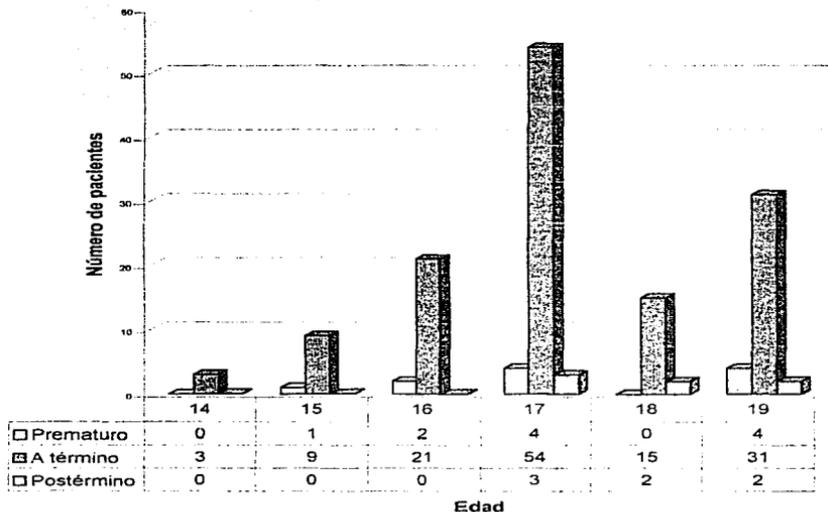
NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES



Edad/Número de consultas

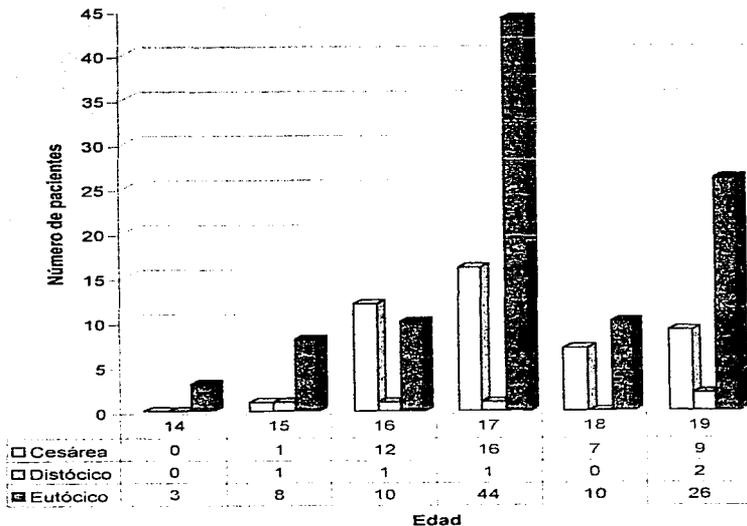


EDAD GESTACIONAL AL PARTO EN LAS PACIENTES ADOLESCENTES



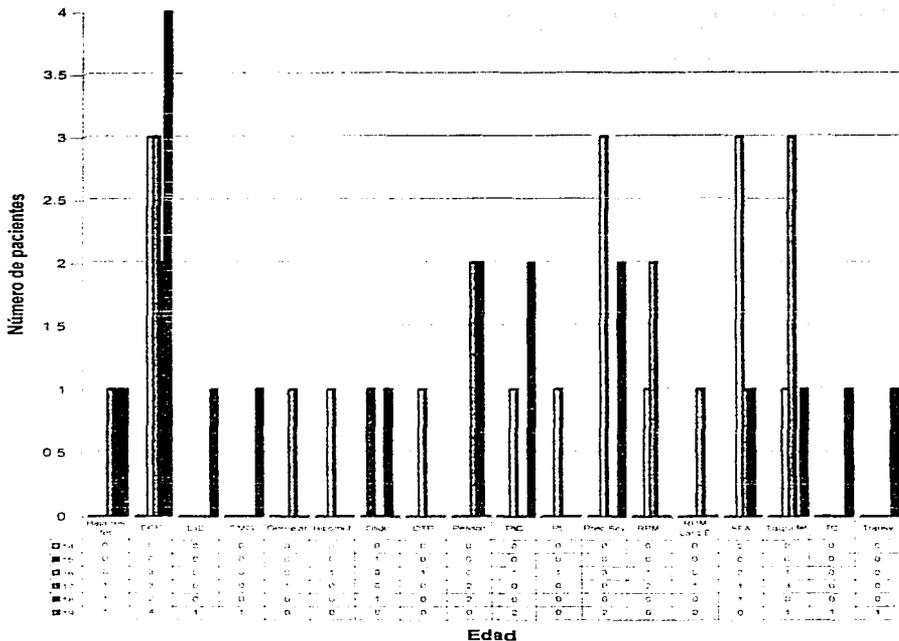
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 YALLA DE LOS RIOS

VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES ADOLESCENTES



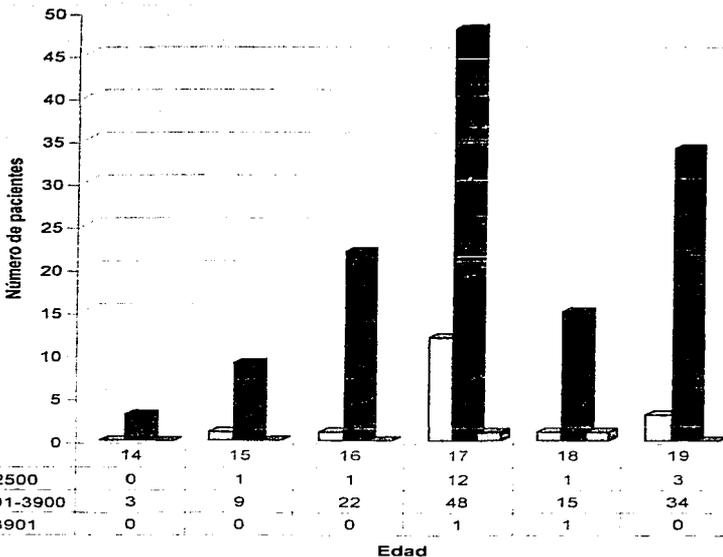
TRINIDAD
FALLA DE EMBEN

INDICACIÓN DE OPERACIÓN CESÁREA EN PACIENTES ADOLESCENTES



EMO 100
FALLA DE ORIGEN

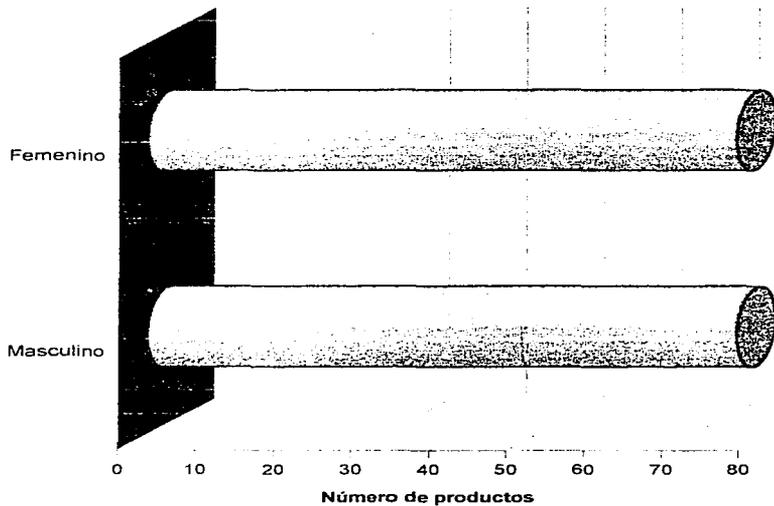
PESO DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

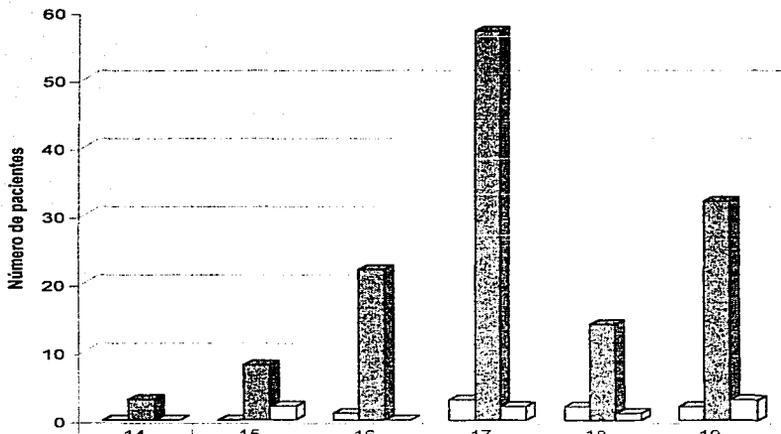


**SEXO DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES
ADOLESCENTES**



TRABAJE CON
FALLA DE ALIENEN

APGAR DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTE AL MINUTO

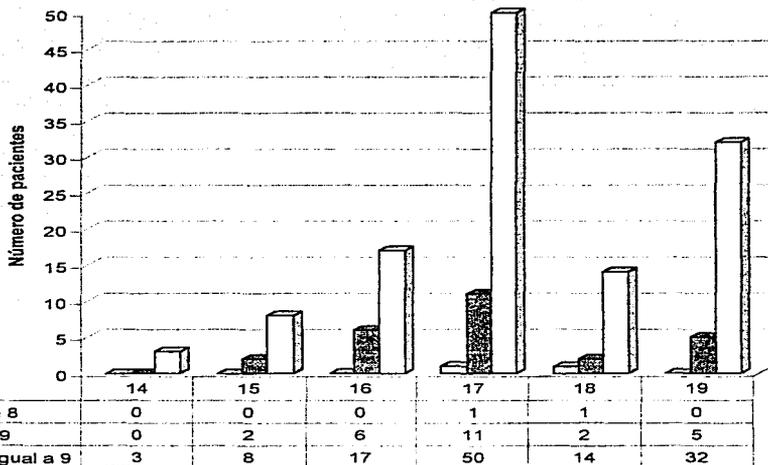


| | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|
| menor o igual a 6 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| entre 7 y 9 | 3 | 8 | 22 | 57 | 14 | 32 |
| mayor o igual a 9 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 3 |

Edad

TIPO CON
FALLA DE ORIGEN

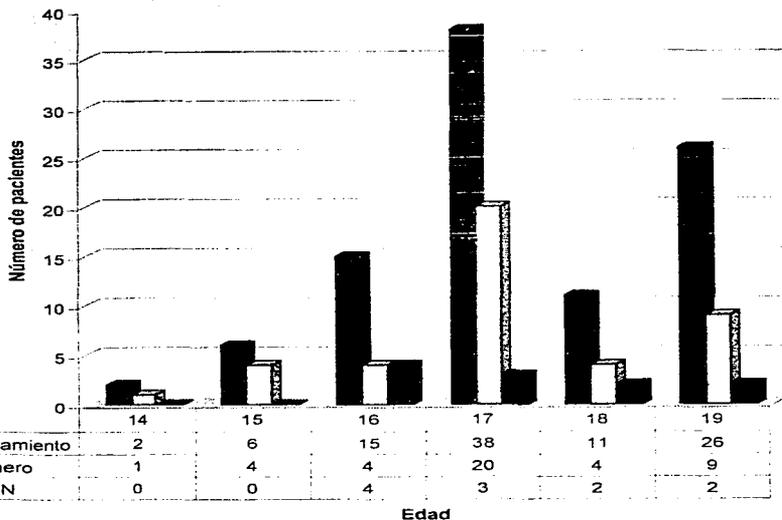
APGAR DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES A LOS 5 MINUTOS



Edad

UNIC CON
FALLA DE ORIGEN

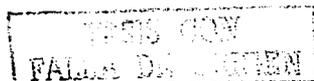
DESTINO DE LOS PRODUCTOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DESPUÉS DEL NACIMIENTO



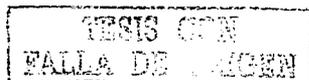
TESIS CON
FALLA DE SIGMA

BIBLIOGRAFIA

1. Herrera Lasso Fernando, Diaz y Diaz José. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Méx. 1980; Jul:48: 59-68.
2. Toro Calzada René J. Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de Apgar con la población general. Ginecol Obstet Méx. 1992; Nov: 40: 291-5.
3. Fernández Paredes Francisco, Castro García Ma. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Méx. 1996; Feb: 53(2): 84-8.
4. Valdéz Banda Fernando, Valle Virgen Oscar. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas del adolescente. Comparación con la edad adulta. Ginecol Obstet Méx. 1996; May; 64:209-13.
5. De la Garza Quintanilla Carlos, Celaya Juárez Juan A. Primigesta adolescente. Ginecol Obstet Méx. 1997; Dic: 65: 533-37.
6. Fernández Paredes Francisco, Avila Reyes Miriam A. Problemas perinatales del embarazo en edad precoz. Rev Sal D.F. 1995; 3 (3) 51-54.



7. Ortiz Sánchez Eleuterio. Embarazo en la adolescencia. Revisión de 840 casos clínicos. Ginecol Obstet Méx. 1991; Oct:59:289-92.
8. Jurado García Eduardo. Los defectos al nacer. Un problema de salud pública en México. I. Panorama de la salud perinatal en México. Gac Med Méx. 1994; 131(2): 141-51.
9. Avila Vergara Marco A. Morgan Ortiz Fred. Condiciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Estado de Sinaloa, Méx. Ginecol Obstet Méx. 1997; Abr:65: 159-61.
10. Stern, Ph. D. Claudio. El embarazo en la adolescencia un problema público: una visión crítica. Sal Pub Méx. 1997; Mar-Abr; 39:137-43.
11. J. Satin MD Andrew. J. Leveno MD Kenneth. Maternal youth and pregnancy outcome: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. Am J Obstet Ginecol . 1994; Jul:184-87.
12. Raine Tina MD, MPH. Powell Susan MPH. The risk of repeating low birth weight and the role of prenatal care. Obstetrics Ginecol. 1994; Oct:84 (4):485-9.



13. Abbey B. Berenson MD, et al. Inadequate weight gain among pregnant adolescents :risk factors and relationship to infant birth weight. Am J Obstet Ginecol. 1997;Jun: 179(6):1220-7.
14. A R. Mellanby,VAH Pearson. Preventing teenage pregnancy.Arch Dis Child. 1997: 77:459-62.
15. Saaid B.Amini PHD. Catalano Patrick M. MD. Births to teenagers trends and obstetric outcomes. Obstet Ginecol. 1996; May: 87(5):668-74.
16. Osbourne J.K. Howat RCL. The obstetrics outcome of teenage pregnancy.J Obstet Ginecol. 1981; Mar:88:215-221.
17. Ortiz SE. La majenarca en 5297 jóvenes mexicanas, normalidad y riesgo .An Med Hosp ABC. 1990;35:128.
18. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, encuesta nacional de la dinámica demográfica. 1992. Metodología y tabulados. México, D.F: INEGI 1994:418.
19. Segura Pérez J. Torres A. Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescencia. Instituto Nacional de Perinatología. 1988:380-97.
20. Pérez Román R. Carrasco E Cubillas. Adolescencia, sexualidad y embarazo en contextos de colonias populares de Hermosillo, Son. Univ Iberoamericana. 1995 :2:167-82.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN!

21. Dorothy Reycroft Hollingsworth, MD. Teenage pregnancy: A multiracial sociologic problem. Am J Obstet Gynecol. 1986; Oct: 155(4):741-6.
22. Babatunde A Gbolade, Wai-Chig Leung. Teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners. British Med Journal. 2000; Aug:5:381-7.
23. National and State-Specific pregnancy rates among adolescents-United States, 1995-1996. Morbidity and Mortality weekly report. 2000; jul:49:606-14.
24. Hippisley-Cox. Julia. Allen Jane. Association between teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners cross sectional survey in trent 1994-7. British Med Jorna. 2000; mar:322:842-50.

