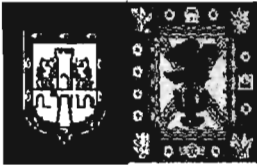


11217



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"ASOCIACION DEL CONTROL PRENATAL CON ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA EN ADOLESCENTE EMBARAZADAS Y LAS
REPERCUSIONES DEL RECIEN NACIDO"

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
DRA. KARINA CARRILLO MILLAN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI

- 2005

m348195



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.



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“ASOCIACIÓN DEL CONTROL PRENATAL CON ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA EN ADOLESCENTE EMBARAZADAS Y LAS
REPERCUSIONES DEL RECIEN NACIDO”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

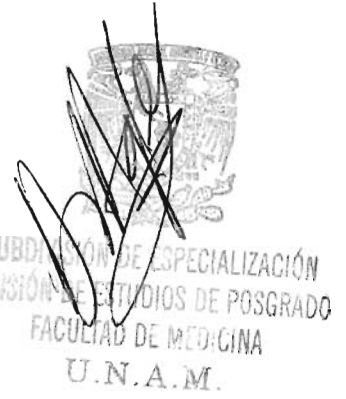
PRESENTADO POR
DRA. KARINA CARRILLO MILLÁN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSÉ ANTONIO MEMIJE NERI

“ASOCIACIÓN DEL CONTROL PRENATAL CON ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA EN ADOLESCENTE EMBARAZADAS Y L.^a
REPERCUSIONES EN EL RECIÉN NACIDO”

Dra. Karina Carrillo Millán



Vo. Bo.

Dr. José Antonio Memije Neri

Profesora Titular del Curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dr. Roberto Sánchez Ramírez



Director de Educación e Investigación

DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SAUD DEL DISTRITO FEDERAL

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Karina Carrillo Millán

FECHA: 22-Sept-08

FIRMA:

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

Todo lo que tengo, todo lo que soy se lo debo a ustedes que han sido pilar fundamental en mi formación, a pesar de los momentos difíciles nunca claudicaron, me dieron lo más hermoso la vida, y la mejor herencia que se le puede dar a un hijo mis estudios y educación, por todo esto gracias padres.

A mis hermanos

A ustedes que siempre me guiaron por el mejor camino, que han depositado toda su confianza en mí de la cual no defraudare y en ustedes sere el camino a seguir los quiero: Abel, Ivett, Aldo y Nubia.

A mis chiquititos: Evelyn, Gustavo, Jesús, Iván, Ximena, Aldo y Agustín por ser la alegría de mi hogar y estímulo importante en mi formación.

Al ser más importante en mi vida, mi esposo Gustavo, por estos 6 años en el que no ha faltado día en que no me demuestres tu amor, ternura, comprensión, por el apoyo incondicional que recibo en mis tareas académicas y los compromisos que trae consigo. Todo logro importante en mi vida es inconcebible sin ti, te amo mi amor.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MATERIAL Y MÉTODOS 6

RESULTADOS 7

DISCUSIÓN 8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 9

ANEXOS 11

RESUMEN

Objetivo.- Determinar la asociación entre el control prenatal y la presencia de enfermedad hipertensiva inducida en el embarazo en las adolescentes y las repercusiones en el recién nacido.

Material y métodos.- Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, a través de la revisión del censo de expedientes clínicos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el 2004, en el Hospital Materno Infantil Inguarán, con diagnóstico de enfermedad hipertensiva, de los 13 a 19 años; excluyendo a las embarazadas de menos de 20 semanas de gestación. Para la captura de la información se utilizó un formato ex profeso.

Resultados.- Se lograron un total de 115 expedientes de adolescentes embarazadas con enfermedad hipertensiva, con una edad media de 14.9+/- 0.9 años. El 41.75% presentó preeclampsia leve, el 21.7% con preeclampsia severa, el 6.95% con eclampsia y el 29.5% con hipertensión reactiva. El 81,7% no contaba con control prenatal. Las repercusiones en el recién nacido fueron: en el 70.4% la presencia de un capurro mayor a 37 semanas, el 29.5% menor de 37 semanas; el 80.8% un Apgar de 7 a 9 y el 19.1% un Apgar menor a 7. El 40% presentó un peso menor a 2500gr y el 60% mayor de 2500gr. Obteniendo una asociación entre la presencia de enfermedad hipertensiva del embarazo y el control prenatal de $X^2 = 15.67$.

Conclusión.- La falta de control del embarazo repercute en la presencia de eclampsia y en las condiciones del recién nacido como productos de bajo peso, Apgar menores de 7 que provocan aumento en la mortalidad de la mujer por complicaciones tan frecuentes como el síndrome de HELLP con daño a nivel de órgano como son hepático, riñón y de productos y óbitos o recién nacidos con secuelas, daño neurológico, leve, a severo. Por lo que se considera importante movilizar a los efectores de salud en lo referente a la atención primaria de la salud en la comunidad, un control prenatal permitiría detectar precozmente esta patología y así realizar seguimiento a fin de salvaguardar la salud materna y fetal.

Palabras claves.- Adolescente, enfermedad hipertensiva, control prenatal y recién nacido.

INTRODUCCION

La adolescencia ha sido en general definida desde puntos diferentes: como el biológico, el psicológico, el pedagógico y el demográfico. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el periodo de vida que va desde los 10 a 19 años, caracterizado por cambios orgánicos, así como la integración de funciones de carácter reproductivo y cambios psicosociales.¹

El embarazo en la adolescente es un problema social que en las últimas dos décadas ha enfocado la atención de todos los sectores de la sociedad, no solo de nuestro país, sino de las grandes potencias mundiales, se ha convertido en uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población, ya que afecta a todos los niveles, sin respetar creencias, estratos sociales o grupos étnicos. Como ejemplo más claro, en los Estados Unidos de Norteamérica, en la última década el embarazo en adolescentes se encuentra entre las principales causas de atención en los países de primer mundo, para 1995 la proporción de embarazos fue de 101.1 por 1000 jóvenes de 15 a 19 años, de estos el 53% culmina en nacimientos, el 35 % en abortos y el 14% en abortos provocados y para 1996 fue de 54.4 por 1000 nacimientos. En los países en vías de desarrollo se estima que existe una población aproximada de 17 millones de personas de edades comprendidas entre los 12 a los 19 años.² En México el porcentaje de nacimientos registrados en madres adolescentes en el año 2000 se estima en 17.2% de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) más de la mitad son mujeres, por este solo hecho este grupo adquiere importancia especial, además es sabido que la etapa de la adolescencia es vital para el desarrollo del ser humano, es el cambio de una niñez dependiente hacia una vida adulta que debe de ser planeada e independientemente y que todo estímulo adverso puede afectar este desarrollo.³

La coordinación para la atención de la paciente adolescente del Instituto Nacional de Perinatología, las jóvenes adolescentes que se embarazan poseen un mayor riesgo para su salud y la de sus hijos, también representan una problemática social, por lo que necesitarán cuidados especiales desde el punto de vista biológico, psicológico y social. No obstante el creciente interés mostrado desde hace algunos años en las políticas de planificación familiar en México y el innegable éxito de las mismas en cuanto a lograr una reducción en la tasa de natalidad a nivel nacional, la cual durante los años setentas se encontraban alrededor de 7, hasta los niveles actuales que están alrededor de 2.-4, estos resultados obtenidos no se han vistos reflejados en la población de adolescentes; en la cual el porcentaje de nacimientos hace tres décadas era de alrededor de 11%, en la época actual se encuentra próximo al 18% lo cual en números absolutos representan aproximadamente 366,000 nacimientos por año ocasionados por madres adolescentes, estos números expresan la magnitud del problema en este grupo poblacional y las consecuencias que esto nos traerá

como país, que requiere estrategias que puedan disminuir estas cifras.⁴

No se debe de olvidar el papel tan importante que juegan a las adolescentes en cuanto a la mortalidad materna principalmente en nuestro país en vías de desarrollo la cual se encuentra dentro de los tres primeras causas de fallecimientos entre adolescentes.

Los embarazos en este tipo de pacientes son productos de un inicio temprano de la vida sexual pero también a la no utilización de algún método de planificación familiar, que provoca que en el 50% de las adolescentes queden embarazadas a los seis meses de iniciada su vida sexual, cuya pareja es generalmente otro adolescente, que en nuestra población el 19.3% se encuentran casadas, el 19.35 en unión libre y las restantes 61.4% son madres solteras.⁵ Siendo el estado de Nayarit el que presenta mayor cantidad de nacimientos registrados de madres adolescentes para el año 2001, el Distrito Federal presenta un 13.2 para el mismo año. México sufre una transición demográfica, que se manifiesta en descenso de las tasas de mortalidad, de natalidad y el número de hijos por mujer (6.6 en 1970 a 2.6 en 1988), esto trae como consecuencia que la población adolescente se haya duplicado en los últimos decenios, ocupando actualmente el 25% de la población.⁶

Las complicaciones del embarazo en la adolescente pueden estar condicionados en cierto grado por la propia inmadurez biológica de la paciente, aunado a otros factores: como en el caso de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, donde sobresale el pobre control prenatal y en menor grado la primigravidez, mas que la propia edad materna. La incidencia de la enfermedad hipertensiva en el embarazo es de 3,2% es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulípara de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a la preeclampsia .. En México, tiene una complicación más frecuente del embarazo, la incidencia es de 47.3 por cada 1 000 nacimientos y es además, la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva (debido a hemorragia masiva, para recibir soporte hemodinámico), según la Secretaría de Salud (2001) la mortalidad por complicaciones del embarazo ocupa el 15º lugar en la mortalidad hospitalaria en general. Además, la tasa de preeclampsia se ha incrementado 40% en el periodo entre 1990 y 1999 y constituye hasta 40% de los partos prematuros iatrogénico.¹ Bajo el término de enfermedad hipertensiva del Embarazo, se engloban una extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante la gestación.¹⁴ Al tratar de explicar este fenómeno, llama la atención la gran adhesión que existe entre las adolescentes y el servicio de Obstetricia para el control de embarazo, lo que inclina a pensar que la aparición de esta patología puede estar más ligada a un mal control prenatal.⁷ La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del

enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil, la calidad de vida, adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.⁸ Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia) y con el médico en el cuidado de su propia salud.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales) medición, registro de peso y talla, así como interpretación, valoración; medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración del riesgo obstétrico; valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos; examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36; detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad; prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico; prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo); aplicación al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos.¹⁴ y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales; orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada; promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada promoción y orientación sobre planificación familiar;⁹

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.¹⁰ La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco

consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación. En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).¹¹

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos. La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido. Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva. El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.^{12,13}

La clasificación que adopta el Colegio Americano de Obstetra y Ginecólogos es la siguiente:

I.- Preeclampsia y eclampsia

II.- Hipertensión arterial crónica

III. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida

IV. Hipertensión arterial transitoria.

Preeclampsia leve; definida como un incremento de al menos 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación, un incremento en la presión sanguínea diastólica de al menos 15 mmHg respecto a un nivel previo a la semana 20 combinado con proteinuria (> 300 mg en 24 horas)^{13, 15}. Las mediciones de la presión arterial citadas deben ser medidas al menos 2 ocasiones con por lo menos 6 horas de separación³. La proteinuria puede ser una toma simple de orina al azar que indique al menos 30 mg/dL³ ó ++ en dos muestras de orina¹ según el tipo de prueba. El criterio del incremento de 30 mmHg en la presión sistólica y/o 15 mmHg en la presión diastólica respecto a valores previos a la semana 20 de gestación ha sido eliminado por ser poco específico¹⁵. Como la proteinuria puede ser una manifestación tardía, Roberts y cols¹⁵ indican sospechar la preeclampsia en una embarazada con hipertensión acompañada de cefalalgia, dolor abdominal o anomalías en los exámenes de laboratorio.

Preeclampsia severa, el criterio corresponde con la presencia de cualquier signo de disfunción o falla orgánica en embarazadas o púerperas con hipertensión arterial, la presencia de tensión arterial sistólica igual o mayor de 110 mm Hg registrado en dos ocasiones con intervalo no menor de 6 horas y en estado de reposo o tensión arterial diastólica mayor o igual a 120 mmHg aunque sea en una ocasión o incremento de la tensión arterial sistólica de 60 mmHg o de la tensión arterial diastólica en 30 mmHg sobre la tensión basal., presencia de proteinuria mayor o igual a 500mg en 24hrs, presencia de disfunción hepática o renal, trastornos visuales o cerebrales, dolor epigástrico, ácido úrico mayor o igual a 7mg/dl, y presencia de aparición de crecimiento intrauterino retardado y/o oligohidramnios.¹⁵

Eclampsia su diagnóstico estará dado por la aparición de convulsiones, coma o amaurosis súbita en pacientes con preeclampsia, el tipo de convulsiones es de tipo tónico-clónicas generalizadas y complejas autolimitadas por la recuperación del estado de conciencia en las siguientes dos horas de la crisis, se puede llegar a presentar cuando esta se encuentra complicada con los datos clínicos anteriores además de accidente vascular encefálico, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado. Estas pacientes presentan compromiso neurológico persistente manifestado por signos de focalización, estados convulsivo o coma profundo, a su vez se puede presentar en diferentes.¹²

Preeclampsia sobre añadida a hipertensión arterial crónicas, en las que el pronóstico para la madre y el feto será peor. El diagnóstico de preeclampsia sobreañadida será probable con los siguientes hallazgos: En mujeres hipertensa no proteinúricas (menor de 20 semanas de gestación), la aparición de proteinuria definida como la excreción de 300mg en 24 horas de proteína o más en una muestra de 24 horas. En mujeres hipertensas y proteinúricas el incremento súbito de la proteinuria. Aumento súbito de la tensión arterial en mujeres hipertensas que estaban bien controladas, incremento de la cifras de alanino aspartatotransferasa y alanina aminotransferasa ^{4,6}

Hipertensión arterial reactiva, mujeres en que las cifras elevadas de tensión arterial se detecta por primera vez pasado la mitad del embarazo sin proteinuria son clasificadas como hipertensión gestacional. Se trata de un término poco específico que puede incluir a mujeres con preeclampsia que todavía no han manifestado proteinuria tan bien como a mujeres que no tienen el síndrome. La hipertensión puede ser acompañada por otros signos del síndrome lo cual influiría en su manejo.^{6,8}

El diagnóstico final de que la mujer no tiene un síndrome de preeclampsia podrá hacerse sólo después del parto: si la preeclampsia no se ha desarrollado y la presión sanguínea retorna a lo normal en las 12 semanas después del parto el diagnóstico de hipertensión transitoria del embarazo podrá hacerse, si la presión arterial persiste elevada se tratara entonces de una hipertensión crónica. El diagnóstico de hipertensión gestacional es usado durante el embarazo sólo hasta que un diagnóstico más específico puede ser hecho en el postparto.

Los recién nacidos de madres adolescentes presentan mayor incidencia de presentar bajo peso así como la prematurez siendo las dos principales complicación es , ya que se dice que a menor edad de la madre el riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer es dos veces mayor que en la población general y casi tres veces de presentar muerte neonatal tardía.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio con diseño de tipo observacional, descriptivo transversal retrospectivo, a través del censo de expedientes de las pacientes adolescentes embarazadas, con edad entre los 13 a 19 años; con cifras tensionales elevadas (preeclampsia leve mayor de 140-90, preeclampsia severa de 160-110mmHg), edema, sintomatología de vasoespasmo, atendidas en el Hospital Materno Infantil Inguarán, durante el 2004; se excluyeron los embarazos menores de 20 semanas y se eliminaron los expedientes incompletos.

Se elaboro un formato ex profeso donde se capturaron las siguientes variables de contexto: edad, ocupación, vida sexual activa, inicio de la vida sexual activa, estado civil, escolaridad, número de embarazos, semanas de gestación; las variables dependientes fueron: enfermedad hipertensiva del embarazo y repercusiones en el recién nacido (Apgar, Capurro y peso) y la variable independiente fue: control prenatal.

Se realizo la revisión de los expedientes en forma directa, elaborando una base de datos en el programa Excel para Windows Xp y un análisis estadístico descriptivo (media, desviación estándar, rango, frecuencia y porcentaje) y análisis inferencial (chi cuadrada con un nivel de confiabilidad del 0.05). Siendo una investigación sin riesgo.

RESULTADOS

Se obtuvieron 115 expedientes de adolescentes embarazadas con enfermedad hipertensiva, que corresponde al 9% de las adolescentes atendidas en el 2004.

La edad media de las pacientes fue de 14.9+/-0.9 años; el grupo que predominó fue de 17 años, fig 1. Con respecto al estado civil: el 53% vivían en unión libre, el 32.1% solteras y solo el 14.7% casadas, fig 2. En lo referente a ocupación: el 65.2% se dedican al hogar y el 34.2% tenían algún tipo de empleo. El nivel de estudio: el 5.2% analfabetas, 16.55 nivel básico, 41.7% nivel medio básico, 28,6% el nivel medio superior y el 18.6% licenciatura no concluida, fig 3. El número de gestaciones: 69,5% primigestas, 27.8% secundigestas y solo el 2.6% trigestas. Con respecto a las semanas de gestación: El 23% embarazo menor a 37 semanas y el 77.7 mayor a 37 semanas. En lo que refiere a enfermedad hipertensiva y control prenatal se obtuvo: el 79.1% no acudió a control de su embarazo y el 20.8% acude en más de tres ocasiones, de las que no acudieron a control de su embarazo, presenta el 33.9% preeclampsia leve, el 20.8% preeclampsia severa, el 6.9% eclampsia y el 17.3% hipertensión reactiva, fig. 4. En las que asistieron a control del embarazo: el 66.6% acude a partir del segundo trimestre y el 33.3% desde el primer trimestre, presentando el 10.3% preeclampsia leve, el 1.1% preeclampsia severa y el 16.10% hipertensión reactiva, no se observó presencia de eclampsia fig 6. En general las repercusiones en el recién nacido: muestra que el 29.5% capurro menor a 37 semanas, el 70.4% mayor de 37 semanas, el 19.1% Apgar menor de 7 y el 80.8% mayor a 7, 40% peso menor a 2500gr y el 60% mayor a 2500gr, fig.7. En lo que se refiere a la interrupción de embarazo: 52.1% se atiende parto vía vaginal por presentar trabajo de parto al ingreso, cervix favorable para la inductoconducción y por la presencia de embarazos previos, el 47.8% vía abdominal por desproporción cefalo-pélvica, cervix desfavorable para la inductoconducción y por la gravedad de la patología a su ingreso (preeclampsia severa, Eclampsia.).

Obteniéndose una asociación de enfermedad hipertensiva del embarazo y el control prenatal de $X^2 = 15.67$.

DISCUSION

La incidencia de enfermedad hipertensiva en la adolescente reportada en la literatura varía entre el 3-5% de la población, durante este estudio se encontró una incidencia del 9.1% de las pacientes atendidas en el 2004, por lo que se encuentra cifra más elevada de lo reportado, que puede estar condicionando en cierto grado por la propia inmadurez biológica, aunado a otros factores donde sobresale el propio control del embarazo. Se encuentra un buen nivel de estudios en general por lo que se puede decir que la presencia de embarazo a edades tempranas no se debe a la falta de conocimiento de métodos de planificación familiar, y esto conlleva que un gran porcentaje no concluya sus estudios dedicándose al hogar (65.2%) y (28.6%) se encuentre en algún tipo de subempleo. Se observa que la hipertensión arterial es más frecuentes en primigestas con una incidencia del 69.5%, siendo menos frecuente en las trigestas. La incidencia más alta fue para la preeclampsia leve en un 41.7%, la hipertensión reactiva 29.5%, la preeclampsia severa 21.7% y la eclampsia en un 6.9%, siendo en su mayoría pacientes que no acudieron a control de su embarazo (79.1%) por el contrario solo (28.1%) de las que acudieron a control durante la gestación presentaron trastornos hipertensivos con las ventajas de haber sido diagnosticadas y tratadas en forma oportuna, con disminución de la incidencia de morbilidad materno-fetal al reducirse la preeclampsia severa y la eclampsia, observándose además una similitud entre la hipertensión reactiva y la preeclampsia leve.

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, dejando secuelas a nivel cardiovascular, renal, neurológico hepático e incluso hasta la muerte.

En cuanto las repercusiones en el recién nacido se presenta una incidencia del 40% de bajo peso, ya que esta demostrado que a menor edad de la madre el riesgo de tener hijos con bajo peso al nacimiento es de dos veces mayor que en la población general y casi tres veces mayor de presentar muerte Neonatal. Los recién nacidos presentaron en su mayoría score de Apgar optimo lo que nos habla de los resultados perinatológicos favorables.

En cuanto a la vía de interrupción del embarazo, existe similitud en los resultados ya que por vía vaginal se tiene una incidencia del 52.1% debido a que se contaba con condiciones favorables del cervix al encontrarse en trabajo de parto o por presencia de embarazos previos, se decidió interrupción abdominal en 47.8%, por la presencia de trastornos hipertensivos graves, cervix desfavorable para la inductoconducción y sobre todo porque estas pacientes cursan con un desarrollo incompleto de la pelvis sobre todo ósea y tienen mayor tendencia a desarrollar desproporción-cefalo-pélvica.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.-Paik SJH, Self-concept of pregnant teenagers. **J Health Social Policy** 2002;3, 93-11
- 2.-Ahued AJR, Simiçon PLA, Lira PJ, **Embarazo en adolescentes**, Ahued AJR, Fernández del Castillo SC, **Ginecología y obstetricia aplicadas**. México D.F JGH Editores 1999, 145-149
- 3.-Ahued R, Quesnel C, **Embarazo en la adolescente**, INPER 2003 pag 145-153
- 4.-Simon Lira J, AHUED r, **Morbilidad materna en la adolescente embarazada**; Ginecología y Obstetricia de México vol 170, 270-279.
- 5.- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1994, norma Oficial de los servicios de planificación familiar; 1-14
- 6.-Crosby RA, Diclemente RJ, Wingood GMA; Harrington K; Davies S; Hook EW; Psychosocial predictors of pregnancy among low-income African American adolescent females; a prospective analysis. **J Pediatr Adolescente Gynecol**. 2002; 15; 293-9
- 7.Laurie H. Seaver M.D Adverse environmental exposures in pregnancy; teratology in adolescent medicine practice. **Adolescent Medicine** 2002; 13. 340-34
- 8.-Allard-Hendren R: Alcohol use and adolescent pregnancy. **Am J Matern Child Nurs** 2000; 25: 159-162
- 9.-Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennet KA, Hutchens D, sexuality and sexual activity in pregnancy. **Br J Obstet Gynaecol** 2000, 107; 964-8
- 10.-Vazquez A, Guerra C, Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz, **Revista Cubana Obst y Ginecology** 1999, vol 24;137-144
- 11.-Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. **N Engl J Med** 1999; 332; 1113
- 12.-Miller HS, Lesser KB, Reed KL, Adolescence and Very low birth weight infants; a disproportionate association, **Obstet Gynecol** 1999: 83-87

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

13.-Quesnel GBC, Lira PJ, Inarguengoitia OF, Aguayo GP, Ahued AJR, Operación césarea, **Ginecología y Obstetricia de México** 1999, 65; 274.

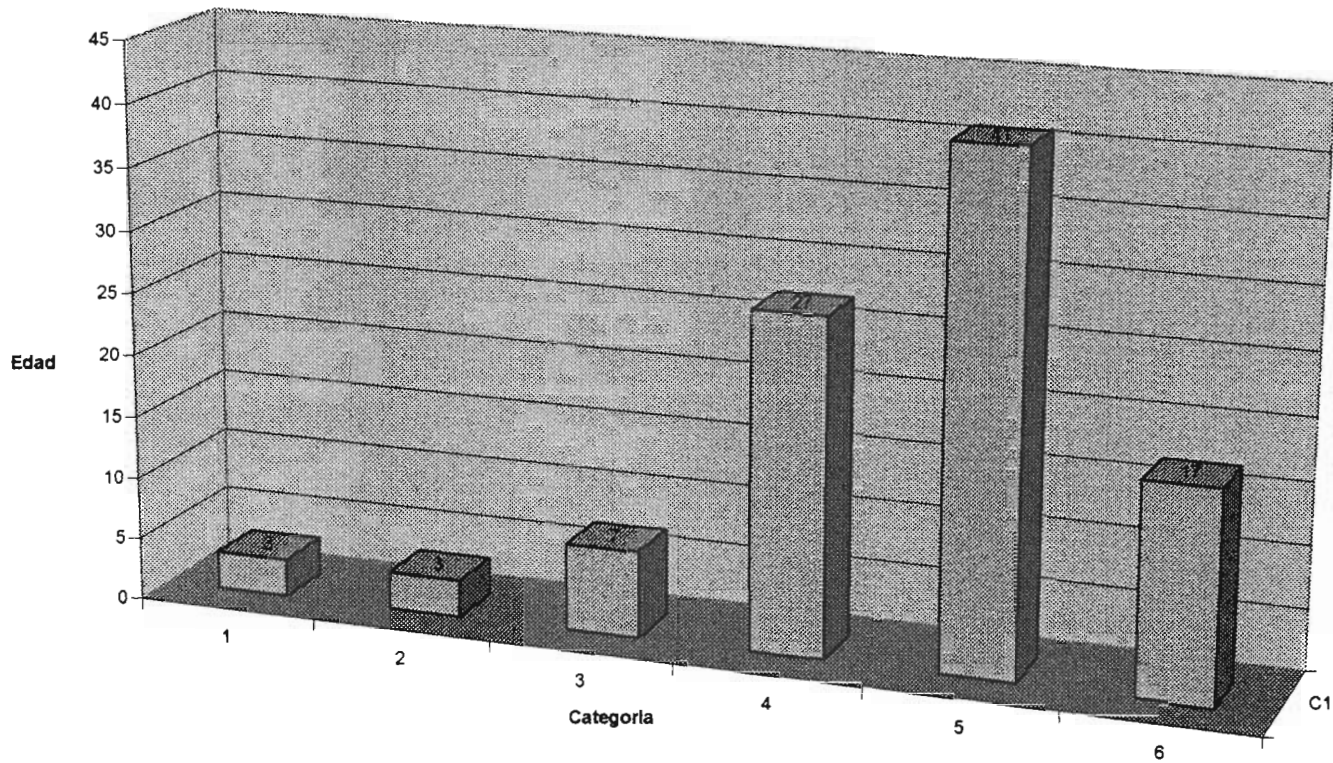
14.-Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2 1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido criterios y procedimientos para la restación de servicios

15.-Norma Oficial Mexicana NOM-030,SSA2 1999, Prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.

16.-Instituto Nacional de Perinatología. **Embarazo de la mujer adolescente.** México, D.F: INper, 2002.

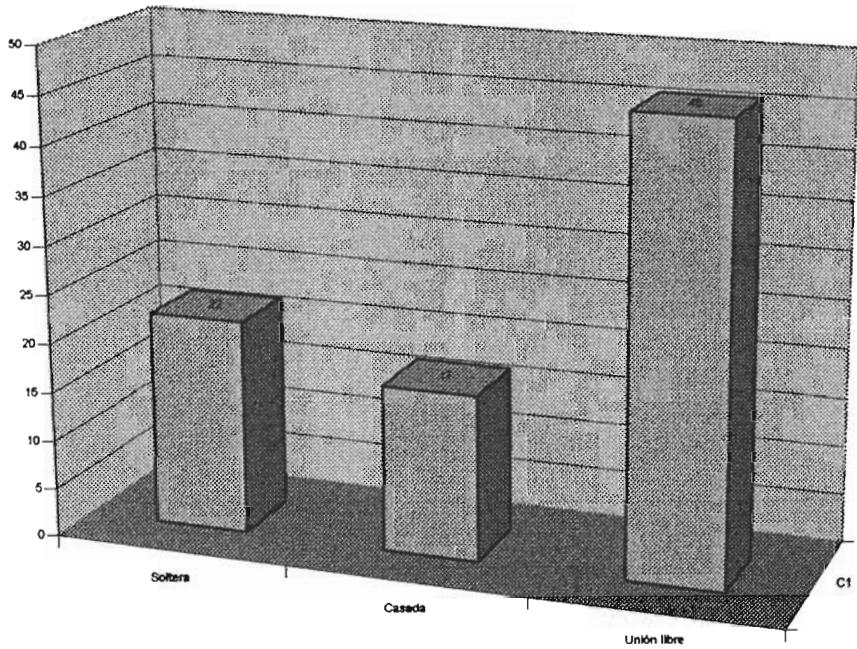
ANEXO

Fig.1 edad de pacientes con enfermedad hipertensiva durante elelbarazo



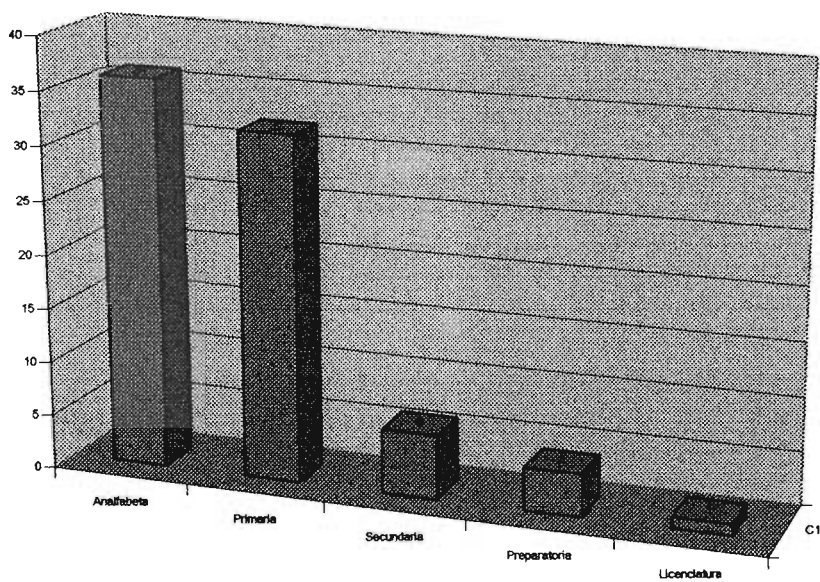
Fuente: archivo clínico del hospital materno infantil Inguaran

Fig 2. Estado civil de las adolescentes



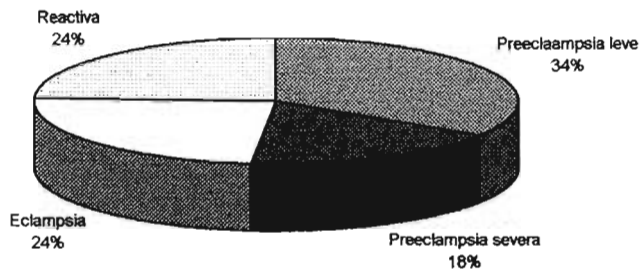
Fuente: archivo clínico del hospital materno infantil Inguarán 2004

Fig. 3 nivel de estudio de las adolescentes embarazadas



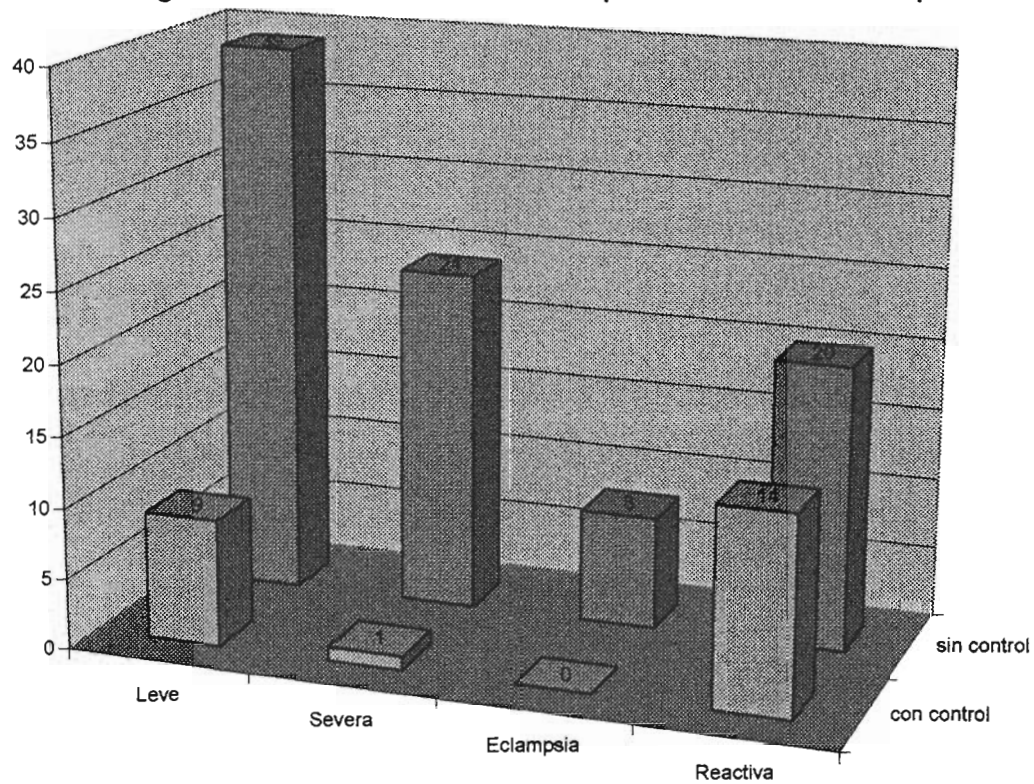
Fuente: archivo clínico del hospital materno infantil Inguaran 2004.

Fig.4 Enfermedad hipertensiva



Fuente: archivo clínico del hospital materno infantil Inguarán 2004

Fig. 5 Asociación de la enfermedad hipertensiva con el control prenatal



Fuente: archivo clínico del hospital materno infantil Inguarán 2004