



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OBSTETRICA EN ADOLESCENTES HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA 2014

TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

PRESENTADO POR:
DR. EDGAR GALLARDO HERNANDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. LUIS ROBERTO SANCHEZ GONZALEZ.

MÉXICO., D.F.

-2016-



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.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OBSTETRICA EN ADOLESCENTES
HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA 2014**

Autor: Dr. Edgar Gallardo Hernández

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles.

Profesor Titular del Curso de Especialización
Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.

Dr. Ignacio Carranza Ortiz

Director de educación e Investigación

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OBSTETRICA EN ADOLESCENTES
HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA 2014**

Autor: Dr. Edgar Gallardo Hernández

Vo. Bo.

Dr. Luis Roberto Sánchez González.

Director de Tesis.
Médico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General de Iztapalapa.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A ti **Dios** que me hiciste nacer.

A mis padres. Santiago Gallardo Suástegui y Elvia Hernández Gudiño, maestros de profesión, que hoy logran ver a otra de sus estrellas realizarse.

A ti Mamá ser incondicional, que me has llenado de amor y me has acompañado en cada paso de mi vida; a ti Papá que con tu cariño y atención sabes ser accesible en todo momento y rígido solo en los momentos necesarios.

Porto con orgullo en mi sangre la esencia de sus apellidos y reconozco que no pude haber nacido en mejor hogar que el suyo.

Mis hermanos, Santiago Jr. Y Ervin Omar, exitosas personas.

A ti mi Betty, mi Amor, mi compañera que logras hacer de mi un mejor ser humano. Gracias por caminar a mi lado, por soñar conmigo, por reír conmigo, por compartir conmigo.

Agradezco al Dr. Antonio Pérez Alvarado por haber confiado en mi persona, así como una profunda admiración por tan exitosa carrera. Al Dr. Luis Roberto Sánchez González por ser uno de los grandes maestros de esta grandiosa especialidad.

Mil Gracias...
Edgar Gallardo Hernández.

INDICE

• Resumen	.....	1
• Introducción	.....	4
• Marco teórico	.....	5
• Planteamiento del problema, Hipótesis y objetivos	.....	10
• Material y Métodos	.....	12
• Diseño estadístico	.....	17
• Resultados	.....	18
• Discusión	.....	26
• Conclusiones	.....	27
• Referencias bibliográficas	.....	28

Resumen

Introducción: A nivel mundial se reporta que cada año 14 millones de adolescentes entre los 15 a 19 años de edad, y un número no determinado de niñas menores de 15 años llegan a ser madres, además, cerca del 95% de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo y existe riesgo más alto aún de morir por causas del embarazo, parto o puerperio.

Objetivos: Identificar las principales causas de morbilidad obstétrica en las adolescentes de nuestra población, así como clasificar las complicaciones médicas más frecuentes por grupos de edad dentro de la adolescencia y así poder actuar preventivamente y al menor signo de enfermedad.

Material y Métodos: El presente estudio se caracteriza metodológicamente en el área de investigación epidemiológica, con un diseño de estudio observacional de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal; en donde se analizaron 285 expedientes de adolescentes que cursaron con algún tipo de patología agregada al embarazo, parto y/o puerperio, dentro del hospital general de Iztapalapa en el período comprendido del 01 de enero del año 2014 al 31 de diciembre del año 2014, en dónde se evaluó el estudio mediante gráficas comparativas y porcentajes de resultados.

Resultados: de la muestra estudiada se evidenciaron las principales patologías que complican al embarazo adolescente, siendo el aborto la principal mostrada en las tres etapas de la adolescencia con un número de 90 pacientes afectadas. Así como 28 pacientes que presentaron datos de baja reserva feto-placentaria con evidencia

de pérdida del bienestar fetal que con la desproporción céfalo-pélvica fueron las principales indicaciones de cesárea con un número total 145 procedimientos realizados.

En la etapa tardía de la adolescencia se observó un aumento en la prevalencia de una o más cesáreas previas sin que ocurrieran complicaciones propias de las cirugías uterinas.

Se mostró poca incidencia de trastornos hipertensivos, 11 casos de las cuales 2 pacientes ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) por datos de severidad y datos de síndrome de hellp.

El shock hipovolémico fue también causa de ingreso a UCIA con 3 casos de hipovolemia G III por atonía uterina y 2 más por embarazo ectópico roto.

Mencionando que durante el año estudiado no ocurrieron muertes maternas, logrando una de las importantes metas en la atención obstétrica dentro de esta institución.

Conclusiones: El embarazo en adolescentes se ha incrementado, acorde a la bibliografía revisada, en dónde en México, un país en vías de desarrollo, sigue siendo insuficiente la cobertura óptima de la salud reproductiva en adolescentes, así mismo insuficiente la cobertura de anticoncepción, que directa o indirectamente aumenta la prevalencia de adolescentes embarazadas, lo que por ende pone en riesgo elevado de presentar patologías agregadas al embarazo, con aumento de la morbimortalidad materna.

Se debe actual de manera preventiva, reforzando los programas de salud y derechos sexuales de los adolescentes, en donde la capacitación en términos de anticoncepción sean prioritarias, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad que el embarazo adolescente conlleva.

Palabras claves: morbilidad obstétrica, embarazo adolescente, adolescencia temprana, adolescencia intermedia, adolescencia tardía.

INTRODUCCION

La adolescencia, es una etapa vital en el desarrollo humano, ya que es el periodo de transición entre la niñez totalmente dependiente y la etapa adulta en donde un ser humano se hace totalmente independiente. En este periodo del ser humano está expuesto a estímulos de toda índole, tanto benéfica como perjudicial y salvo en sociedades donde el fin último de la mujer es procrear; un embarazo debe ser considerado un estímulo deletéreo para la adolescente el cual va evitar el buen camino hacia la edad adulta. Esto le afectará en su desarrollo psicológico, así como alcanzar una madurez social adecuada, sin olvidar también la repercusión en el aspecto biológico. Por todo esto se subdivide este grupo poblacional en tres subgrupos, adolescencia temprana, adolescencia intermedia y adolescencia tardía, que abarcan; la primera hasta los 14 años, la segunda hasta los 16 y la última hasta los 19 años. (1)

El problema al que nos enfrentamos es de tal magnitud ya que alrededor del 25% de la población mundial son adolescentes, millones de ellos son sexualmente activos y la gran mayoría no utilizan ningún método de planificación familiar, ni se protegen contra enfermedades de transmisión sexual.

Para el año 2011 la población de adolescentes en el mundo llegó a 1.300 millones, es decir, una de cada cinco personas hace parte de este grupo poblacional; estas cifras indican que esta es la mayor generación adolescente registrada en la historia; cerca del 50% de ellos pertenecen al bajo nivel socioeconómico, y una cuarta parte

vive en extrema pobreza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia comprende desde los 10 hasta los 19 años de edad, y considera al embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo.

La información disponible a nivel mundial precisa que cada año 14 millones de adolescentes entre los 15 a 19 años de edad, y un número no determinado de niñas menores de 15 años llegan a ser madres, además, cerca del 95% de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo; del mismo modo, se evidencia una alta variabilidad en los indicadores de frecuencia entre los países desarrollados, en donde se destacan Estados Unidos y el Reino Unido con los mayores índices de embarazos en adolescentes.

MARCO TEORICO

Las cifras en América Latina y el Caribe muestran que el 18% del total de nacimientos corresponde a madres adolescentes entre los 15 y 19 años, una alta proporción de estos son no deseados (entre 35 y 52% en América Latina y el Caribe), y seguramente esta proporción es mayor en las menores de 15 años. Indicadores similares se registran en Colombia, en donde la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005 revela que el embarazo en adolescentes presentó un aumento al pasar del 19 al 21% entre los años 2000 y 2005. Para el 2010, la tasa de fecundidad disminuye a 19,5% y las cifras indican que una de cada cinco mujeres entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada; 16% ya son madres, y 4% está gestando a su primogénito.

Estudios realizados en diferentes regiones han explorado la morbilidad materna y neonatal resultado del embarazo en adolescentes al comparar las cifras con datos provenientes de mujeres adultas, y se ha observado que las adolescentes presentan una mayor incidencia de complicaciones médicas que involucran tanto a la madre como al niño.

Además, el riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años o menores al compararse con aquellas de 18 a 19 años, y de 2 a 5 veces el riesgo de aquellas con 20 años o mayores. El riesgo de morir en las adolescentes y niñas menores de 14 años está por encima del doble o el triple de la mortalidad materna general, y por encima de la mortalidad materna de mujeres entre 15 y 19 años. (10)

En México existen alrededor de 22 millones de adolescentes, de los cuales la mitad son mujeres, con una tasa de fecundidad del 64.2, misma que ha disminuido paulatinamente en los últimos años y más baja que la tasa de fecundidad de América latina, de 71.8. (2). Basta decir que en México ocurren aproximadamente 400, 000 nacimientos al año de madres adolescentes, sin tomar en cuenta los abortos que ocurren en este grupo poblacional, de los cuales no se cuenta con cifras oficiales y por ser, en muchos casos, algo clandestino y realizados en lugares no aptos, así como en etapas avanzadas del embarazo; aumentan dramáticamente la morbimortalidad materna en este grupo de edad. En México la mortalidad materna en adolescentes es de 85. Por todo lo anterior, el embarazo en la mujer adolescente de ser atendido y manejado por los servicios de salud en el país, pero también toda la sociedad en conjunto (2,3).

Existen complicaciones propias del embarazo en la adolescente, las alteraciones que originan son muy diversas; sobresalen factores como el no estar familiarizado con los signos y síntomas propios de la gestación, ni la forma como operan los sistemas de salud. Es una etapa de múltiples desajustes psicológicos, y cuando se enfrentan a un embarazo tienen conflicto en cómo afrontarlo (3).

Los adolescentes de 15 años a 19 tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mayores de 20 años; niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir.(11,12). Cada año, al menos dos millones de mujeres jóvenes en los países en desarrollo se someten a un aborto inseguro. El aborto inseguro puede tener consecuencias devastadoras, incluyendo desgarros cervicales, perforación del útero, hemorragia, infección pélvica crónica, infertilidad y muerte. (13).

Dentro de los estilos de vida en la adolescente que aumentan la morbilidad en el embarazo principalmente son dos:

El consumo de alcohol. Alcohol consumido durante el embarazo pasa directamente al feto a través del cordón umbilical. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades recomiendan que las mujeres eviten las bebidas alcohólicas durante el embarazo o cuando están tratando de quedar embarazada. Durante el embarazo, las mujeres que beben tienen más probabilidades de tener un aborto involuntario o muerte fetal. Otros riesgos para el feto incluyen una mayor probabilidad de tener defectos congénitos y trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). EDAF es el nombre técnico para el grupo de trastornos fetales que se han asociado con el

consumo de alcohol durante el embarazo. Hace que los rasgos faciales anormales, baja estatura y peso corporal bajo, trastorno de hiperactividad, discapacidad intelectual y problemas visuales o auditivos.

El consumo de cigarrillos. Fumar durante el embarazo pone al feto en riesgo de parto prematuro, ciertos defectos de nacimiento, y el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). El humo de segunda mano también pone a una mujer y su feto en desarrollo en mayor riesgo de problemas de salud. (14,15).

La maduración reproductiva en adolescentes mujeres, usualmente comienza con el aumento de la talla (crecimiento acelerado), posteriormente desarrollo de las mamas (telarca) y por último desarrollo de los órganos reproductivos, denominado pubarca. Estos cambios generalmente duran un año y dos años hasta la aparición de la menarca. La menarca no ocasiona la finalización del crecimiento de la joven, este continúa en peso y masa corporal, durante varios años después. Por lo que un embarazo en esta época de cambios biológicos tan importantes incrementa sustancialmente su vulnerabilidad para diversas complicaciones en la madre, feto y recién nacido, dependiendo todo esto de la inmadurez fisiológica con lo cual cursa la joven madre. No debemos olvidar que este incremento en el riesgo materno y fetal están marcados también por factores sociodemográficos, como son: pobreza, bajo nivel educativo, si son madres solteras y los cuidados prenatales con los que cuentan. (4,5)

Las consecuencias que conlleva el embarazo en adolescentes se pueden dividir en complicaciones médicas, primordialmente relacionadas con el tiempo de inicio de los

cuidados prenatales así como a la calidad de los mismos, y la adhesión por parte de la joven madre. Se menciona también que existe mayor morbimortalidad perinatal durante el embarazo en la adolescencia temprana e intermedia. Se ha visto que la adolescente mayor de 16 años se comporta como adulta desde el punto de vista biológico y obstétrico y quizás el riesgo es similar a las adolescentes menores en cuanto su desarrollo psicológico y social. (6)

Existen estudios que no solamente difieren en cuanto a los resultados obtenidos, incluso, son divergentes y esto se presenta porque todas las adolescentes se engloban en un solo grupo y no se subdividen según la edad, que como se sugiere, debe ser en adolescencia temprana, intermedia y tardía.

Durante la gestación existe una mayor tendencia a cursar con sangrado transvaginal durante el primer y tercer trimestre, también a que la joven madre presente anemia, ya que en la adolescencia se encuentran niveles limítrofes de ferritina, que se agrava durante la gestación. Existe también mayor incidencia de operación cesárea, debido principalmente a desproporción céfalo-pélvica y diagnóstico de baja reserva fetal, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. También es bien conocido que la madre adolescente cursa con una alta incidencia de procesos infecciosos cérvico-vaginales, principalmente *Cándida albicans*; y de procesos bacterianos la infección por *Gardnerella vaginalis* es la más frecuentemente encontrada. De igual manera se debe hacer mención de la infección por virus del papiloma humano en donde la incidencia reportada en jóvenes madres es tan alta como del 25 al 30% de los embarazos en donde más del 90% de las jóvenes embarazadas, sólo habían tenido una sola pareja sexual y que el 50% de los embarazo ocurren a los 6 meses de

iniciada la vida sexual. Las infecciones de vías urinarias es una patología que se presenta con frecuencia la embarazada adolescente llegando a complicar alrededor del 20% de las gestaciones y sea responsable de la alta incidencia de la amenaza de parto pretérmino así como la ruptura de membranas que se presenta en el 10% de las embarazadas adolescentes. (7,8)

En el puerperio la morbilidad materna se encuentra íntimamente ligada a la vía del nacimiento, debido a la mayor incidencia de parto instrumentado, el cual es de alrededor del 15-20% de los nacimientos y al desarrollo corporal aún incompleto de las jóvenes madres (7, 8,9).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: La morbilidad en la mujer adolescente es amplia y variada, las más frecuentes reportadas en la literatura médica comprenden tanto: infecciosas, nutricionales, trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, hemorragias transvaginales principalmente del primer y tercer trimestre; aquellas que se encuentran íntimamente ligadas a la vía de interrupción del embarazo tales como: la operación cesárea, hemorragia obstétrica principalmente.

Sin embargo. ¿Será posible identificar las principales causas de morbilidad materna en adolescentes embarazadas y clasificarlas por frecuencia según grupo de edad?

JUSTIFICACIÓN: En México existe alrededor de 22 millones de adolescentes, de los cuales la mitad son mujeres, con una fecundidad de 64.2. Se encuentra documentado que a menor edad en el embarazo, mayor riesgo existe de la pérdida de la salud, y hasta de la vida, para las adolescentes que tienen hijos a edades tempranas. Así lo confirman el INEGI, pues considerando el número de muertes

maternas, de acuerdo con los grupos de edad en el análisis, se encuentran tasas elevadas. La razón de mortalidad materna promedio registrada en los años 2006 y 2012 para el grupo de niñas de 10 a 14 años, es de 58.9 defunciones por cada 100mil nacidos vivos, dato que contrasta con el promedio general, es decir, para todas las mujeres de 14 a 49 años, la razón de mortalidad promedio para el mismo periodo es de 47 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos.

Dadas estos reportes es necesario mejorar la atención médica a este grupo de pacientes ya catalogadas precisamente, como embarazadas de alto riesgo, por lo que resulta útil poder clasificar las complicaciones médicas más frecuentes por grupos de edad dentro de la adolescencia y así poder actuar preventivamente y al menor signo de enfermedad.

HIPOTESIS: Que efectivamente es útil identificar las causas de morbilidad materna en adolescentes embarazadas y clasificar las mismas por grupos de edad dentro de la misma adolescencia.

OBJETIVO GENERAL: Identificar las principales complicaciones asociadas al embarazo en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- identificar la morbilidad obstétrica en cada grupo de la adolescencia.
- conocer en caso de resolución por cesárea las principales causas.
- conocer las principales indicaciones de ingreso a Unidad de cuidados Intensivos adultos.

MATERIAL Y METODOS

Definición de unidades de observación: Revisión de expedientes clínicos de pacientes embarazadas adolescentes (12-19 años) analizando las que cursaron con alguna patología durante el embarazo, intraparto y puerperio en el Hospital General de Iztapalapa SSDF del 01 de enero al 31 de diciembre 2014.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Embarazadas adolescentes en edades comprendidas de 10 a 19 años, que presentaron complicaciones en el embarazo, intraparto y puerperio.
- Sin patologías crónico degenerativas previas ya diagnosticados.
- Pacientes que cuenten expedientes clínicos en el Hospital General de Iztapalapa.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Embarazo gemelar.
- Adolescentes embarazadas con diagnóstico de alguna patología crónica.
- Aquellas pacientes que no se hallan evidenciado complicaciones en el embarazo actual.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- No contar con suficientes datos o datos incompletos en el Expediente Clínico.

TIPO DE MUESTREO: intencional, con las siguiente operacionalización de variables:

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
adolescente		Periodo en el desarrollo, biológico, psicológico, sexual y social, inmediatamente posterior a la niñez que inicia con la pubertad.	Independiente, Cuantitativa continua.	Años cumplidos
Morbilidad materna		Enfermedades más frecuentes que ocurren en la mujer embarazada y en el periodo post parto.	dependiente	No. De padecimientos por grupo de edad.

Infeción de vías urinarias	No requiere clasificación metodológica por ser un estudio descriptivo	Presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario incluyendo uretra, vejiga, riñón, con un urocultivo de más de 100, 000 UFC.	Cuantitativa Continúa	Diagnostico presente. Diagnostico no presente.
Anemia durante el embarazo		Hemoglobina < 11 gr/dl y/o Hematocrito de < 33% durante el 1er y 3er. Trimestre de gestación. Hemoglobina < 10.5 gr/dl y/o hematocrito de < 33% en el segundo trimestre.	Cuantitativa continúa	Diagnostico presente. Diagnostico no presente.
Cesárea		Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero.	Independiente, Cualitativa	Realizada No realizada
cervicovaginitis		Inflamación del epitelio escamoso de la vagina y cuello uterino.	Independiente cuantitativa	Diagnostico Presente Diagnostico no presente
Condilomatosi Vulvar		Lesión clínica causada por el virus de papiloma humano caracterizada por lesiones verrugosa exofíticas.	Independiente cuantitativa	Diagnostico Presente Diagnostico No presente
Desproporción cefalopelvica		Es la desigualdad o discordancia que existe entre los diámetros de la pelvis materna y los diámetros de la cabeza fetal.	Independiente cuantitativa	Diagnostico Presente Diagnostico No presente
Amenaza de parto pretérmino		Se considera la presencia de amenaza de parto pretérmino con una o más de los siguientes síntomas o signos: a) Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10min, 4/20 min, 6/60 min ó más. b) Dilatación cervical mayor o igual a 2 cm. c) Borramiento cervical mayor o igual a 80%.		Diagnostico presente Diagnostico no presente

Hipertensión gestacional		<p>Presión arterial sistólica > 140</p> <p>Presión arterial diastólica > 90</p> <p>Después de las semanas 20 de gestación y la presión se normaliza antes de las 12 semanas después del parto</p>		
Preeclampsia leve		<p>Presión sistólica mayor o igual de 140 mm/Hg</p> <p>Presión Diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg</p> <p>Proteinuria mayor o igual de 300mg/dl en orina de 24 hrs. o 30 mg/dl en tira reactiva</p>		<p>Diagnostico presente</p> <p>Diagnostico No presente</p>
Preeclampsia severa		<p>Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mm/Hg.</p> <p>Presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mm/Hg.</p> <p>Proteinuria 2 gr en orina de 24H o 2 cruces en tira reactiva.</p> <p>Oliguria < 500ml en 24h</p> <p>CrS > 1.2mg/dl</p> <p>TGO y/o TGP mayor a 60</p> <p>DHL > 600mg/dl</p> <p>Hiperreactividad del SNC (hiperreflexia, clonus).</p> <p>Alteraciones visuales (amaurosis, visión borrosa, escotoma).</p> <p>Compromiso pulmonar (disnea, estertores, edema agudo pulmonar).</p> <p>Trombocitopenia < 150 000 mm³</p> <p>Sx. Fetal (oligoamnios, RCIU)</p>		<p>Diagnostico presente</p> <p>Diagnostico no presente</p>

Hemorragia obstétrica		Pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500ml post parto o 1000 ml post cesárea, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior de la cavidad abdominal o exterior a través de los genitales externos.		<p>Diagnostico presente</p> <p>Diagnostico no presente</p>
hemorragia de la primera mitad del embarazo		<p>Amenaza de aborto, aborto en evolución, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido, aborto séptico.</p> <p>Embarazo ectópico</p> <p>Enfermedad trofoblástica gestacional.</p>		<p>Diagnostico presente</p> <p>Diagnostico no presente</p>
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo		<p>Placenta previa</p> <p>Desprendimiento de placenta normoinserta</p> <p>Ruptura uterina</p> <p>Inversión uterina</p> <p>Retención de placenta y de restos placentarios</p> <p>Desgarros del tracto genital</p>		<p>Diagnostico presente</p> <p>Diagnostico no presente</p>

DISEÑO ESTADISTICO:

Se realizó búsqueda del total de adolescentes embarazadas en el periodo comprendido del 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014. Posteriormente se identificaron las pacientes que presentaron alguna morbilidad obstétrica durante la gestación actual recabando sus expedientes para evidenciar patologías; Se clasificaran dichas patologías por grupos de edades, es decir, adolescencia temprana (12-14 años), intermedia (15-16 años) y la etapa tardía (17-19 años), realizando las gráficas correspondientes, mediante la ayuda del programa Excel.

ASPECTOS ETICOS

De acuerdo a la ley general de salud este estudio de investigación se considera sin riesgo ya que solo se emplean datos y métodos de investigación documental retrospectiva, en las que no se realiza ninguna intervención o modificaciones de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que se incluyeron en dicho estudio.

Se protegerá la privacidad del individuo manteniendo la confidencialidad respecto a sus datos personales contenidos en su expediente clínico.

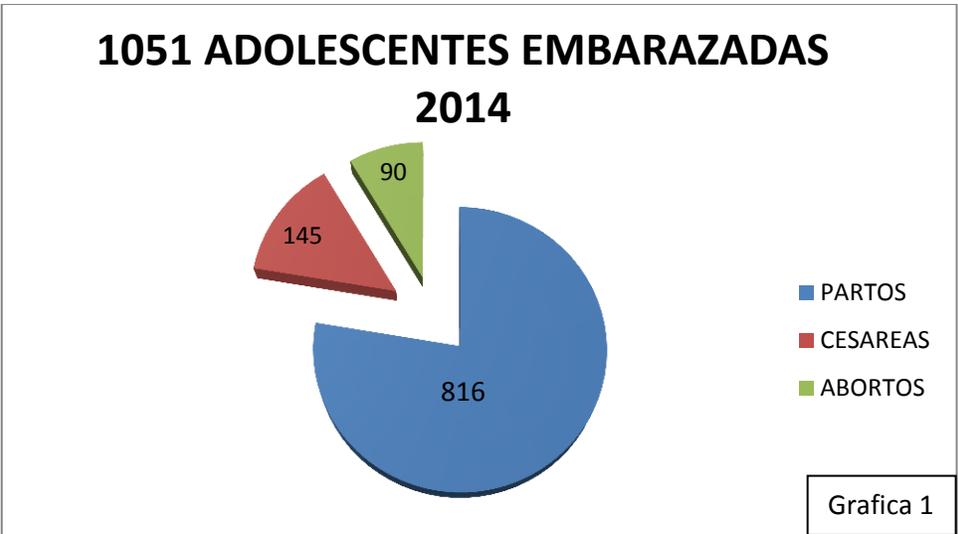
FACTIBILIDAD

Este estudio tiene todas las posibilidades para realizarse ya que cuenta con los recursos humanos, financieros y administrativos.

RESULTADOS

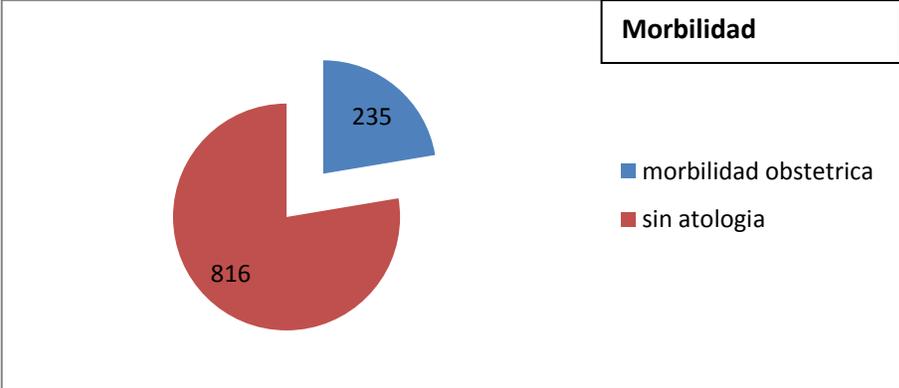
Con forme a los archivos revisados en el 2014, se cuantificaron 1051 adolescentes embarazadas de entre 12 a 19 años. De las cuales el 816 adolescentes (77.6%) no se evidencio alguna complicación agregada al embarazo actual y la vía de terminación del embarazo fue por la eutocia vaginal.

Se evidenció también 145 adolescentes (13.7%) dónde el término de la gestación fue vía abdominal (cesárea), dónde se evidenció alguna indicación para la realización de dicho procedimiento, fuera absoluta o relativa. El 8% restante (90 pacientes) correspondieron a abortos. Grafica 1.



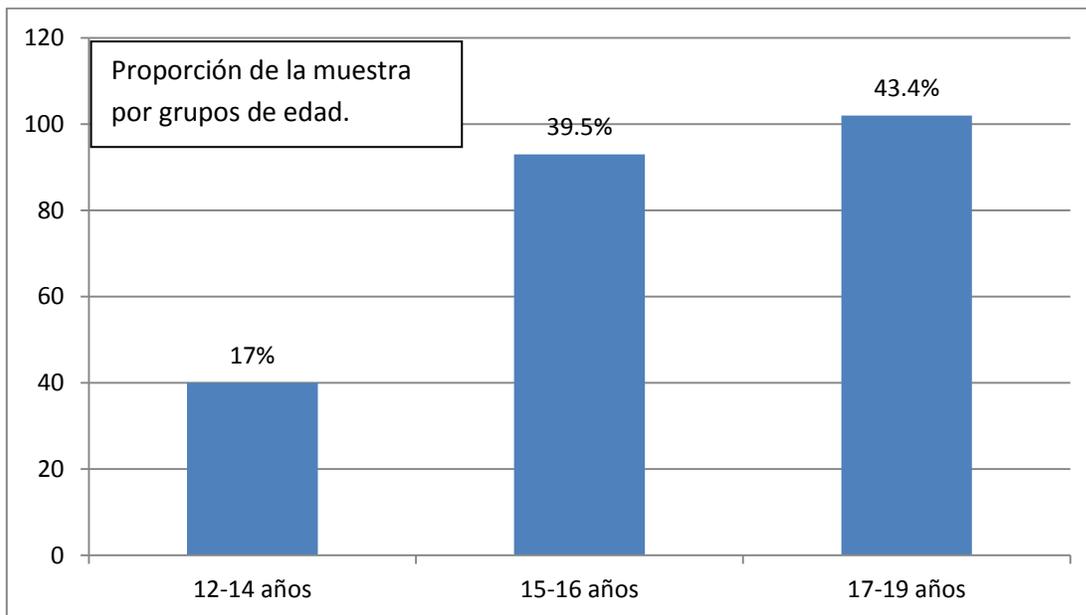
De las pacientes estudiadas sólo 235 adolescentes presentaron alguna patología que complicó la gestación actual, lo cual calculado representa un 22%, de las cuales se recopiló las principales complicaciones presentadas para posterior clasificarlas por grupo de edad. Grafica 2.

Grafica 2.

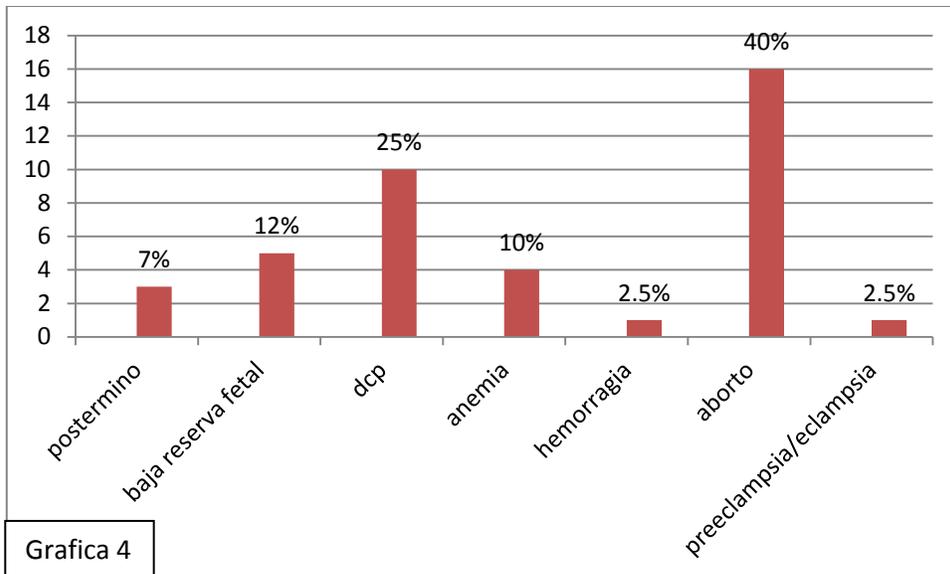


De las 235 adolescentes que presentaron morbilidad obstétrica, 40 de ellas se localizaron en la adolescencia temprana, 93 en la etapa intermedia y 102 en la adolescencia tardía, estas dos últimas con el mayor número de pacientes. Grafica 3.

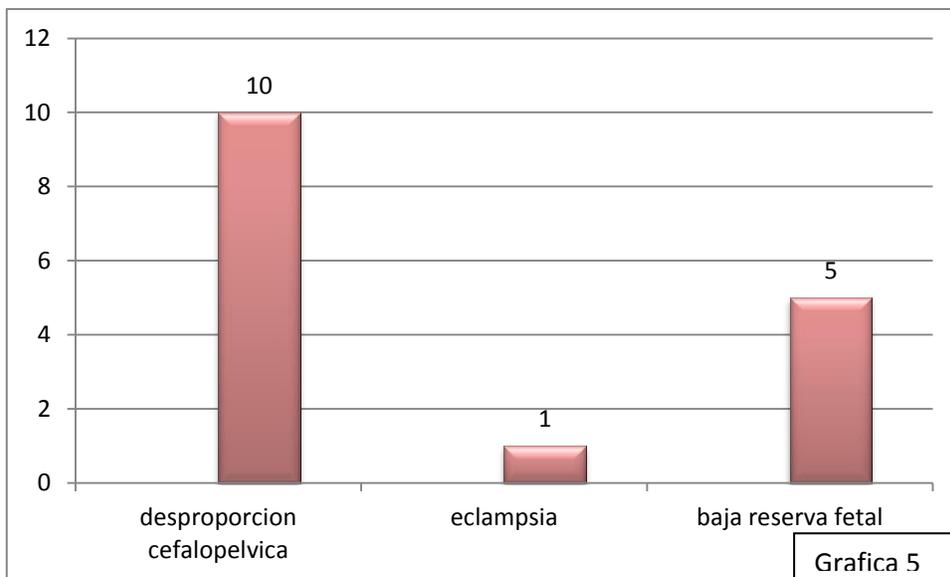
Grafica 3.



Se hace observar que en la adolescencia temprana, el 100% fueron primigestas en donde las principales patologías presentadas fueron: aborto, la operación cesárea, anemia, y la identificación de registros cardiotocograficos sugerentes a baja reserva fetal, por citar las más evidentes. Grafica 4.



Las principales indicaciones de cesárea dentro de este grupo de edad fueron: la desproporción cefalopelvica (DCP), baja reserva fetal. Grafica 5.



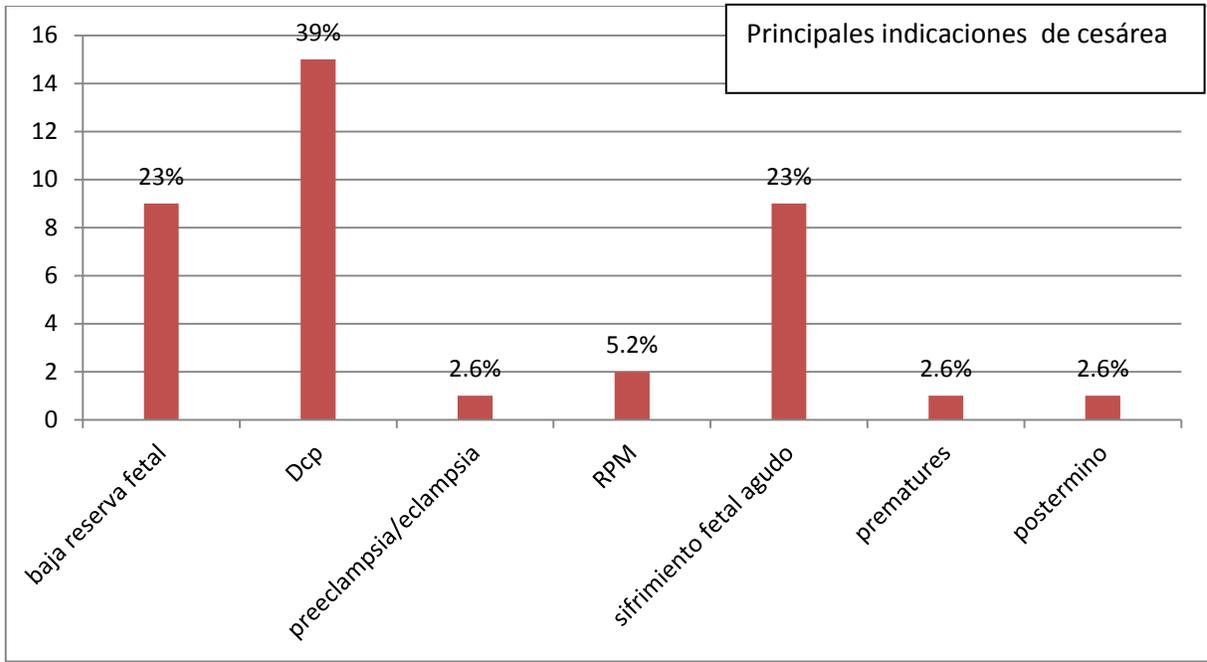
En el grupo representativo a la adolescencia intermedia, se ingresaron un total de 93 pacientes dentro de las cuales: 65 (70%) correspondieron a mujeres primigestas y 28

mujeres (30%) fueron secundigestas; en donde nuevamente se evidencio al aborto la principal patología en este grupo etario, siendo más significativa dentro del grupo de las adolescentes primigestas, seguidas del sufrimiento fetal agudo y la desproporción cefalopelvica (DCP). Tabla 1.

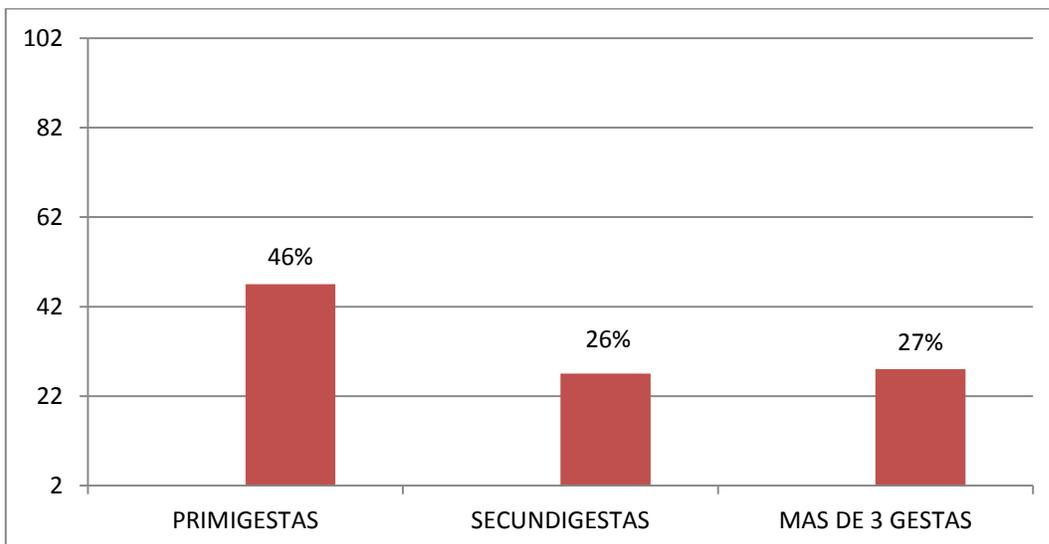
mujeres de 15-16 años			
MORBILIDAD OBSTETRICA			
primigestas		secundigestas	
aborto	32	aborto	13
pos termino	2	pos término	0
RPM	3	RPM	2
baja reserva	7	baja reserva	2
Dcp	11	Dcp	4
Preeclampsia	1	Preeclampsia	0
Sufrimiento fetal agudo	6	Sufrimiento fetal agudo	3
hipertensión gestacional	2	hipertensión gestacional	1
prematuros	1	prematuros	1
ectópico	0	ectópico	2
	65		28

El número de cesáreas realizadas en este grupo fueron 38 procedimientos, en dónde las principales indicaciones de cesárea en la adolescencia intermedia fueron: desproporción cefalopelvica, baja reserva fetal y el sufrimiento fetal agudo. Grafica 6.

Grafica 6

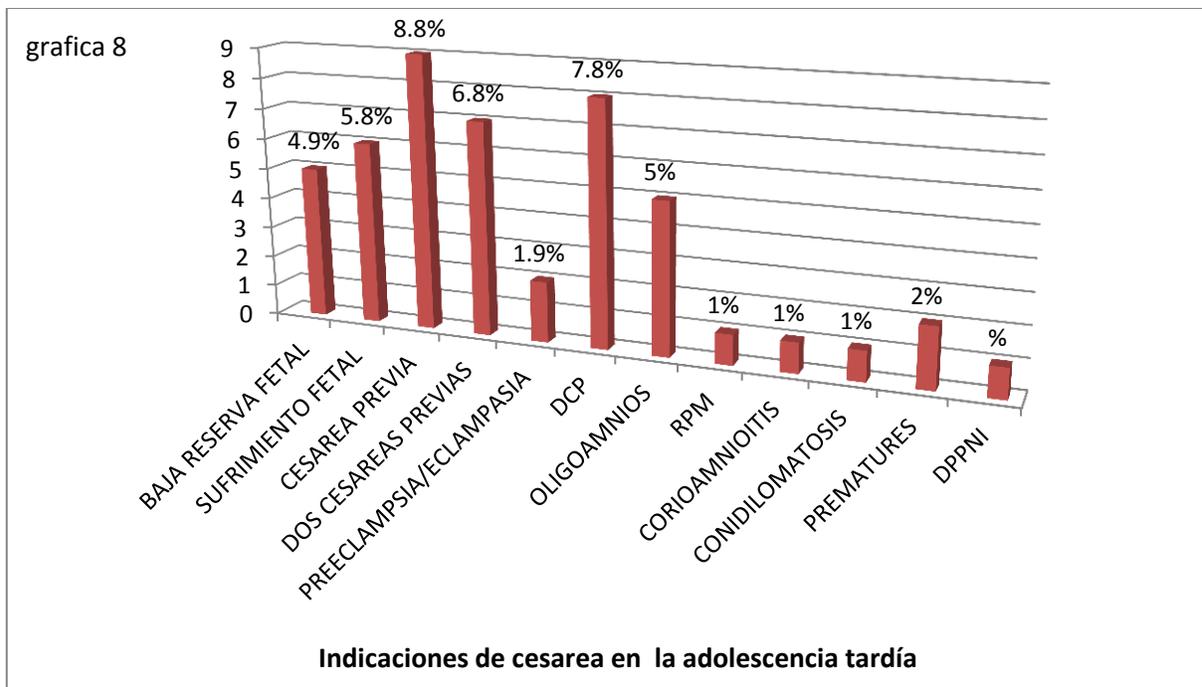


El número total dentro de la adolescencia tardía fue de 102 mujeres, siendo las primigestas las más representativas. Grafica 7



En este grupo de edad debe notarse que, se agregan situaciones obstétricas que aumentan la morbilidad materna, tales como: cesárea previa y la iterativa (dos cesáreas anteriores a más) pero nuevamente, el aborto está en el 1er lugar con 29 casos. Tabla 2. Grafica 8.

MUJERES DE 17-19 AÑOS				
	primigestas	secundigestas	más de tres gestas	total
ABORTO	15	11	3	29
BAJA RESERVA	1	1	3	5
SUFRIMIENTO FETAL	3	2	1	6
CESAREA PREVIA	0	3	6	9
DOS CESAREAS PREVIAS	0	0	7	7
PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA	1	1	0	2
DCP	6	2	0	8
OLIGOAMNIOS	0	2	3	5
RPM	5	1	1	7
CORIOAMNIOITIS	1	0	0	1
CONDILOMATOSIS	0	0	1	1
PREMATUREZ	2	1	0	3
IVU	3	1	0	4
ANEMIA	6	2	1	9
ECTOPICO	0	0	1	1
HIPERTENSION GESTACIONAL	2	0	0	2
MOLA	0	0	1	1
DPPNI	1	0	0	1
HEMORRAGIA	1	0	0	1
	47	27	28	102



La morbilidad obstétrica en pacientes adolescentes es variada, dentro de las más comunes observadas se muestra al aborto, que fue la patología que se evidencio con mayor frecuencia dentro de la muestra estudiada, sin embargo dentro de las variables estudiadas, podemos agrupar las patologías que con mayor frecuencia complican al embarazo y al parto según la subdivisión de la adolescencia llámense temprana, intermedia o tardía como lo muestra la gráfica 9.

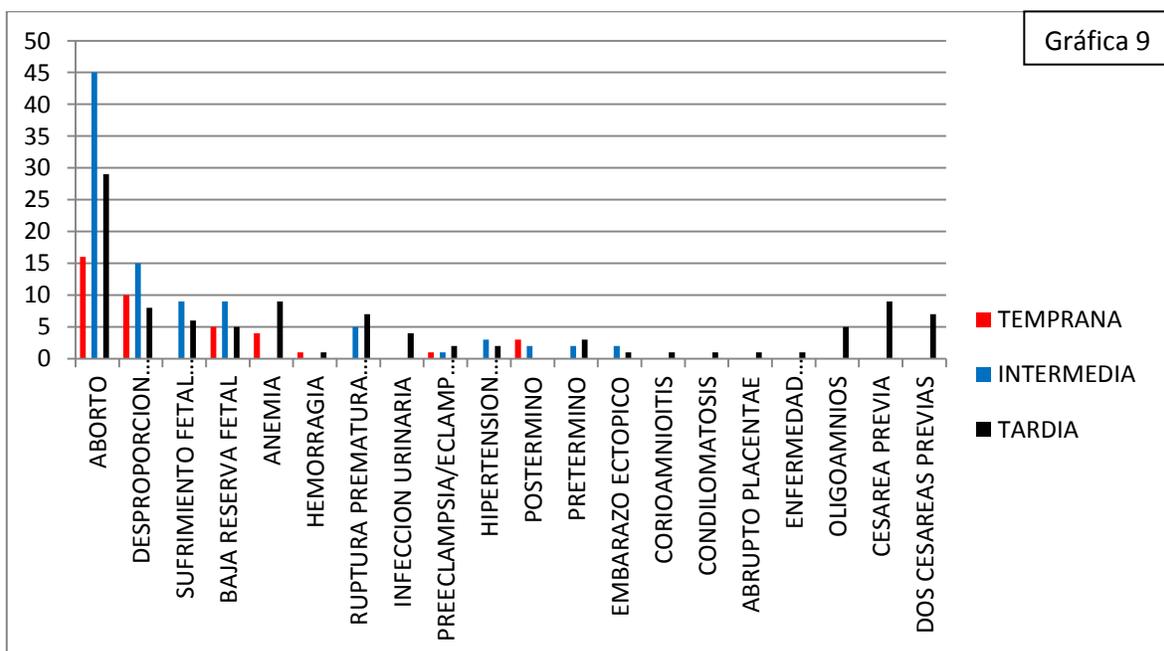
En donde por mencionar las más importantes en la etapa temprana fueron: el aborto, los transtornos hipertensivos, la ruptura prematura de membranas.

Dentro de la etapa intermedia se observó: al aborto, la baja reserva feto-placentario que mostró datos de la pérdida del bienestar fetal (SFA), así como la ruptura prematura de membranas.

Y por último, en la etapa tardía, se observó la prevalencia de una o más cesárea previas, lo que aumenta por ende la morbilidad materna, siendo el aborto nuevamente la principal patología observada.

La Desproporción cefalopélvica, los datos de baja reserva fetal con evidencia de la pérdida del bienestar fetal y trastornos hipertensivos fueron la principal indicación de operación cesárea.

MORBILIDAD OBSTETRICA EN ADOLESCENTES POR GRUPO DE EDAD.



DISCUSIÓN

Con un total de 285 expedientes de pacientes, se evidenciaron las principales patologías que complican al embarazo adolescente, siendo el aborto la principal

causa de morbilidad mostrada en las tres etapas de la adolescencia. Así como datos de baja reserva feto-placentaria con evidencia de pérdida del bienestar fetal en la adolescencia intermedia, y el notable aumento en prevalencia de una o más cesáreas anteriores en la etapa tardía.

En el año 2014 se reportó ninguna muerte materna en el hospital general de Iztapalapa, sin embargo, cabe mencionar que los principales diagnósticos de ingreso a Unidad de cuidados Intensivos adultos dentro de la muestra analizada fueron: la hemorragia obstétrica donde se reportaron 3 casos de shock hipovolémico grado III, causados por atonía uterina, los cuales fueron oportunamente revertidos sin evidenciar daños a órgano blanco. Dos casos más por shock hipovolémico grado III por embarazos ectópicos rotos. En tercer lugar, la Preeclampsia severa en los cuales dos casos requirieron el ingreso a UCIA por complicarse con síndrome de hellp.

CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes se advierte en aumento, acorde a la bibliografía revisada, en dónde en México, un país en vías de desarrollo, sigue siendo insuficiente la cobertura óptima de la salud reproductiva en adolescentes, así mismo insuficiente la cobertura de anticoncepción, que directa o indirectamente aumenta la prevalencia de adolescentes embarazadas, lo que por ende pone en riesgo elevado de presentar patologías agregadas al embarazo, con aumento de la morbimortalidad materna.

Se debe actual de manera preventiva, reforzando los programas de salud y derechos sexuales de los adolescentes, en donde la capacitación en términos de anticoncepción sea prioritaria, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad que el embarazo adolescente conlleva.

Así mismo cuando se identifica un evento adverso en este tipo de pacientes, el diagnóstico oportuno es de real importancia para disminuir el riesgo de mortalidad materna, un éxito rotundo en este nosocomio reportando cero mortalidad materna en el año 2014. En donde el trabajo en equipo dado por el código mater hacen diferencia; en donde servicios tales como la Unidad de Cuidados intensivos, el banco de sangre, principalmente, proporcionan atención de inmediato para la urgencia de las pacientes y así ofrecer atención rápida y oportuna en el momento crítico además de proporcionar un buen pronóstico en el ámbito del futuro obstétrico de nuestras pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dr. Samuel Karchmer K. Dr. Carlos Fernández del castillo. Obstetricia y medicina perinatal. Temas selectos. COMEGO. 1ra ed. México. Capítulo 11; pg. 107.
2. <http://www.INEGI.gob.mx/est/contenidos/español/rutinas/>.

3. Ahued JR, Lira J, Simón LA, En Vázquez Efraín. Medicina Reproductiva en México. 1ra Edición, México: JGH editores; 1999 p. 58.
4. Morales F, Díaz E, En Vázquez Efraín. Medicina reproductiva en México. 1ra. Edición. México: JGH editores. 1999. p.61.
5. Abrams B, Minassian D, Pickett E, En creasy RK, Resnik R. Maternal Fetal Medicine. Principles and Practice. Fifth edition. USA: Saunders; 2004 p. 157-158.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Confidentiality in Adolescent Health Care. ACOG. Educational Bulletin. Washington DC. ACOG. 1998.
7. Lira J, Arteaga C, Kourchenko H, Zambrano M, Ibarguengoitia F. En los límites de la viabilidad: el dilema del obstetra. Experiencia de cinco años en un centro de atención prenatal. GinObst México. 2000; 68:236-41.
8. Casanueva E, Jiménez J, Meza C, Mares M, Simón L. Prevalence of nutritional deficiencies in mexican adolescent women with early and late prenatal care. ALAN 2003; 53: 35-38.

9. Cunningham, GF, Gant NF, Leveno K, Giltrap L, Ant J. *Obstetricia de Williams*. Panamericana. Buenos Aires, 2002. 533-41.
10. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 63 No. 2 • Abril-Junio 2012 • (119-126).
11. World Health Organization, UNFPA. *Pregnant Adolescents*. Geneva: WHO, 2006.
12. UNFPA (2005). *State of World Population 2005: The Promise of Equality*. New York.
13. *Adolescent Maternal Mortality: An Overlooked Crisis*. Kathryn Graczyk. Advocates for Youth © May 2007 Washington, DC 20036 USA.
14. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Fetal alcohol spectrum disorders: Alcohol use in pregnancy*. Retrieved June 13, 2012.
15. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Pregnant? Don't Smoke*. Retrieved June 19, 2012.