



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA**

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LOS EXTREMOS DE LA
VIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO
ZARAGOZA DEL ISSSTE**

**T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
DRA. LIMA JUÁREZ LIZBETH**

**ASESOR:
DRA. ESPINOSA MONTESINOS ARACELI**

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2015



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. PATRICIO GUERRA ULLOA
COORDINADOR DE GINECOOBSTETRCIA

DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
JEFE DE GINECOLOGIA

DR. RAMON CARPIO SOLIS
JEFE DE OBSTETRICIA

DR. PATRICIO GUERRA ULLOA
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS
ASESOR DE TESIS

DR. RENE GARCÍA SANCHEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA MÉDICA

DR. ARMANDO PEREZ SOLARES
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DRA. LIMA JUÁREZ LIZBETH
AUTORA

ÍNDICE

Definición del problema	1
Antecedentes	2
Justificación	6
Hipótesis	7
Objetivo general	8
Objetivos específicos	9
Material y métodos	10
Resultados	13
Discusión	27
Conclusiones	29
Anexo 1	30
Bibliografía	31

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha observado un incremento en el número de embarazadas que se encuentran en los extremos de la vida tanto adolescentes (menores de 19 años), como de edad materna avanzada (mayores de 35 años), quienes cursan con patologías obstétricas de mayor riesgo, que se asocian en complicaciones materna y fetales lo cual se ha convertido en un problema de salud pública en el país y se ve reflejado en el área de la consulta de obstetricia y la unidad de tococirugía aumentando el número de cesáreas y de pacientes que requieren de otros servicios para su atención; por lo que es pertinente investigar: ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas que se presentan en los extremos de la vida?

ANTECEDENTES

Los extremos de la vida incluyen las edades extremas de la gestación lo que corresponde a la adolescencia (antes de los 19 años) y la edad materna avanzada (más de 35 años).

La adolescencia según la OMS es la época de la vida que se extiende desde los primeros signos de la pubertad, hasta el total desarrollo de los caracteres sexuales 19 años; de acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), y se puede dividir en: adolescencia temprana de los 10 a 14 años (cambios biológicos), adolescencia intermedia de los 15 a 17 años (cambios psicológicos), adolescencia tardía de los 18 a 19 años (cambios sociales). Es una época de transición de la niñez al individuo adulto y supone un proceso de maduración en una triple vertiente: biológica, alcanzando la madurez sexual y reproductiva; psicológica, estableciendo la propia personalidad individual adulta; y socio-económica que culmina con la independencia de la estructura familiar.

Si bien algunas adolescentes apenas comienzan a experimentar los cambios que acompañan a la pubertad, la mayoría inicia en esta etapa su vida sexual activa. Dada la deficiente o nula educación sexual del adolescente, sumada a equívoca actitud de reto ante todo lo que signifique autoridad y la existencia de desafíos y oportunidades, fácilmente adquieren malos hábitos como el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, esto propicia adquisición de enfermedades de transmisión sexual que se constituyen en elementos de alto riesgo y que sumados a la inmadurez biológica, psicológica y social del grupo, propician que el resultado de sus embarazos presenten un índice elevado de defectos del nacimiento, con secuelas discapacitantes y/o invalidantes, y por tanto, con una mala calidad de vida. Se estima que el 95% de los embarazos en adolescentes en México no son planeados; lo que conlleva complicaciones psicológicas tales como la interrupción escolar, pobreza persistente, oportunidades vocacionales limitadas, separación de sus padres, divorcios y embarazos repetitivos. En conjunto todos estos factores contribuyen como factores de riesgo del embarazo.

Los diversos aspectos socio-económicos son fundamentales para un buen desarrollo del embarazo de la adolescente. Otro factor importante es la actitud frente a su embarazo ya que se pueden encontrar en el hundimiento de su personalidad con el establecimiento del llamado "síndrome del fracaso", el cual se caracteriza por imposibilidad de: completar las funciones de la adolescencia como terminar la educación escolar, establecer una familia estable, conseguir la independencia económica; y finalmente tener hijos que alcancen todo su potencial.

Las patologías observadas según la literatura en embarazos de adolescentes se pueden encontrar:

- Bajo peso fetal y parto pretérmino. La mayor incidencia de parto pretérmino está ligado a la disminución del nivel socio-económico y disminución de los cuidados médicos; por lo que se debe tener una adecuada atención médica durante el embarazo: vigilancia y control de las infecciones cervico-vaginales; educación de la gestante para valorar las contracciones uterina prematuras; control ambulatorio cardiotocográfico de la dinámica uterina anómala e ingreso hospitalario en caso de alguna patología.

- Restricción del crecimiento intrauterino. En la aparición de restricción del crecimiento intrauterino es la edad, ya que se ha reportado aumento de la incidencia en menores de 15 años. Aunado a factores como déficit del desarrollo uterino, carencias nutricionales, hábitos tóxicos. Por lo que se deben suprimir los tóxicos en el embarazo, así como medidas preventivas para la anemia y una vigilancia ecográfica adecuada permitirá el diagnóstico precoz de esta patología.
- Trastornos hipertensivos del embarazo. Se ha observado hasta en un 23.4 % de las gestantes adolescentes desarrollan hipertensión inducida por el embarazo. Probablemente se encuentre de la mano por malos hábitos dietéticos, así como una pobre atención prenatal.

Todas estas complicaciones obstétricas son debidas en la mayoría de los caso a la inmadurez del organismo de la adolescente y en otros al bajo nivel socio-económico y déficit de cuidados médicos. Lo que en conjunto conduce a una elevación de la mortalidad materna y perinatal en la gestante adolescente.

Por lo que el diagnóstico oportuno de las complicaciones, en países en vías de desarrollo como el nuestro, contribuye a la disminución de la morbimortalidad materno-fetal. La conducta comprende disminuir el impacto de las complicaciones de mediante una atención multidisciplinaria y procurar un control y atención obstétrica adecuada y personalizada. Algunos autores consideran que la paciente adolescente embarazada acude tardíamente a control prenatal, originado frecuentemente por el reconocimiento de la paciente en cuanto a los signos y síntomas de la gestación pero también en otros casos esto debido al miedo de reconocer el embarazo ante sus familiares y entorno, por lo cual trata de ocultar el mismo en un afán de retrasar o evitar los problemas sociales que conlleva.

No existe un consenso para definir como edad materna avanzada a una mujer gestante, pero la mayoría de las publicaciones definen como embarazo en una mujer de edad materna avanzada a toda aquella gestante que supere los 35 años.

La edad materna avanzada en últimos años se debe a un asesoramiento preconcepcional, debido a que muchas mujeres posponen la decisión de tener hijos, debido a consideraciones económicas y sobre todo por el deseo de la paciente de crecer en el ámbito profesional, así como el auge de tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad que en los últimos años han sido recurridas en pacientes con edad materna avanzada, por lo que necesitan un asesoramiento respecto de los riesgos de estas decisiones.

Las patologías más observadas en las gestantes de edad materna avanzada según la literatura se encuentran:

- Bajo peso fetal y parto pretérmino: se debe a un nivel socio-económico bajo, lo que conlleva a disminución en los cuidados médicos y por lo tanto un mal control prenatal.
- Restricción del crecimiento intrauterino se asocia a la primiparidad en pacientes con edad materna avanzada. La ecografía nos permitirá la evaluación del crecimiento fetal, por lo que la gestante deberá contar con un control prenatal adecuado y de calidad.

- Anomalías genéticas. Diversas trisomías son mucho más frecuentes tras los 35 años de edad, especialmente trisomía 21, pero también la 13, el triple X y el síndrome de Klinefelter. Es de especial mención la trisomía 21 el llamado Síndrome de Down ya que representa ella sola la mitad de las anomalías cromosómicas en estas edades.
- Anomalías somáticas. Diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a edad materna avanzada durante el embarazo: malformaciones cardíacas, sindactilia, polidactilia, labio y paladar hendido y malformaciones anorectales.
- Intolerancia a los carbohidratos o diabetes gestacional. Con la edad aumenta la incidencia de intolerancia a los carbohidratos, recomendándose el estudio de la curva de glucemia en el primer y último trimestre del embarazo. Si hay factores de riesgo como antecedentes familiares positivos u obesidad, se realizara el test oral a la glucosa en el primer trimestre y si es normal se repetirá en el tercero.
- Trastornos hipertensivos. Se encuentra una incidencia aumentada de hipertensión arterial crónica, pero en primíparas se acumulan casos de hipertensión inducida por el embarazo. El control cuidadoso prenatal, la instauración de medidas dietéticas y terapéuticas precoces de estos trastornos permite minimizar su impacto feto-materno.
- Obesidad. Se asocia y agrava otras complicaciones tales como hipertensión, intolerancia a los carbohidratos, así como de macrosomía y distocia de hombros. El control nutricional durante el embarazo con restricción calórica si es preciso, con un aporte proteico y vitamínico-mineral adecuado permitirá evitar aumentos ponderales excesivos durante el embarazo. Por lo que el control prenatal debe realizarse en conjunto con el nutriólogo para una mejor resolución obstétrica.
- Miomatosis uterina. Con el incremento de la edad aumenta la incidencia de miomas uterinos y sus complicaciones, tales como parto pretérmino, atonía posparto, lo que necesita un diagnóstico precoz y una vigilancia estrecha de la evolución del embarazo.
- Aborto. La tasa de aborto se incrementa con la edad. La ecografía del primer trimestre nos permitirá diagnosticar precozmente las anomalías uterinas y también la incompetencia cervical que se asocia a la multiparidad y legrados repetidos.
- Distocias. En las pacientes de edad materna avanzada aumenta la incidencia de distocias cervicales, distocias dinámicas y atonía uterina. En caso de BISHOP deficientes se puede actuar obstétricamente con maduración cervical con prostaglandinas; el control cuidadoso de la dinámica durante el parto mediante cardiotocografía es obligado en estas pacientes. En el cuarto período del trabajo de parto es útil el mantenimiento de la perfusión oxitócica profiláctica durante un mínimo de 6 horas para prevenir la atonía uterina. Son mucho más frecuentes, en pacientes de edad materna avanzada y múltiparas, las situaciones transversas, presentación podálica y actitudes de deflexión que necesitarán de un diagnóstico oportuno y por lo tanto un manejo adecuado.
- Mortalidad materna. De la consecuencia de todas las complicaciones anteriormente mencionadas, se refiere un incremento de la mortalidad materna especialmente relevante por encima de los 40 años, que se debe a: hemorragia, embolismo y accidentes hipertensivos.

El embarazo de la mujer de edad materna avanzada debe ser vigilado como un embarazo de riesgo y en especial se si se asocia a trastornos previos de la paciente como hipertensión, diabetes u obesidad.

El diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas es obligado en el primer y segundo trimestre, mediante la realización de ecografía y determinaciones plasmáticas de alfa fetoproteína, hormona gonadotropina coriónica humana, con práctica de amniocentesis en la semana 16/18 ante cualquier sospecha de riesgo de malformación cromosómica o defecto del tubo neural.

El control prenatal cuidadoso junto a una vigilancia ecográfica del embarazo tanto en la paciente adolescente como en la paciente de edad materna avanzada así como una meticulosa dirección del parto conduce a una minimización del riesgo obstétrico.

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza (HRGIZ), el último estudio en referencia abarcando el embarazo en los extremos de la vida fue realizado en 2002 de la Dra. García Ledezma Anabel, y para dar continuidad a su estudio en este se comparan las complicaciones obstétricas observadas tanto en adolescentes como en mujeres de edad materna avanzada (35 años y más); ya que en los últimos años se ha encontrado un incremento y se ha convertido un problema de salud pública, la adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprensiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de ampliación del horizonte individual; el perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, sin embargo las adolescentes se creen aptas para concebir, por lo que se considera un grupo importante de riesgo en la salud reproductiva; otros factores importante que ha contribuido a embarazos en mujeres de edad materna avanzada es el tener una preparación académica y contar con una solvencia económica para tener un ambiente cómodo para su familia, así como el auge de la fertilización in vitro en donde se pone en juego la “ética profesional” al embarazar a mujeres de determinadas edades, así como mujeres con patologías previas.

HIPÓTESIS

El embarazo en pacientes en los extremos de la vida tanto adolescentes (menores de 19 años) como de edad materna avanzada (mayores de 35 años) cursan con mayor riesgo de complicaciones obstétricas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones obstétricas que se presentan en los extremos de la vida en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el periodo de septiembre del 2013 a febrero del 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuáles son las patologías obstétricas más frecuentes en las gestantes en los extremos de la vida adolescentes y en edad avanzada atendidas en el HRGIZ en el período comprendido de septiembre del 2013 a febrero del 2014.
- Determinar cuáles son las patologías obstétricas más frecuentes en las gestantes de edad materna avanzada atendidas en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el período de septiembre del 2013 a febrero del 2014.
- Determinar la población materna con más complicaciones en la gestación atendidas en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el período de septiembre del 2013 a febrero del 2014.
- Identificar factores sociodemográficos en las gestantes en los extremos de la vida atendidas en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Es un estudio de prevalencia analítico y observacional

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Un total de 380 pacientes

Madres adolescentes (menores de 19 años): 63 pacientes

Madres de edad materna avanzada (35 años y más): 317 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Embarazadas adolescentes y de edad materna avanzada sanas y a las que se diagnosticó alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes mayores de 19 años y menores de 35 años.

Pacientes del grupo de edad que acudan por patología ginecológica.

Pacientes del grupo de edad que no estén embarazadas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes con expedientes incompletos o depurados; pacientes con datos incompletos en las fuentes de datos (hojas de consulta diaria del servicio de obstetricia y libreta de procedimientos de la unidad de tococirugía).

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Variable	Definición	Unidad de medida	
Edad.	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	12-14 años 15-19 años 20-24 años 25 -34 años 35-39 años 40-44 años Más de 45 años	Ordinal discontinua
Estado civil	Condición de hecho o de derecho que tienen actualmente las personas de 12 y más años	Unión libre. Casada. Soltera.	Nominal
Niveles de escolaridad.	División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional. Estos son: básico, medio superior y superior.	Nivel básico Nivel medio superior Nivel superior	Nominal
Nivel socioeconómico	Atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Para determinar este atributo se estudiaron distintas variables relacionadas con la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo del jefe de hogar. A partir de esto se clasificaron los hogares en cinco grupos de mayor a menor pobreza:	Bajo Medio-bajo Medio Medio -alto Alto	Nominal
Ocupación	Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga.	Ama de casa Empleada	Nominal
Cifras de glucosa	Valor obtenido por el personal del laboratorio		Cuantitativa nominal
Diabetes mellitus	Respuesta en el interrogatorio sobre sus antecedentes	0=no 1=si	Cualitativa nominal
Hipertensión arterial	Respuesta en el interrogatorio sobre sus antecedentes	0=no 1=si	Cualitativa nominal
Embarazos	Respuesta en el interrogatorio sobre sus antecedentes	Número de embarazos	

FUENTES Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recolectaron los datos de la libreta de procedimientos de la unidad tocoquirurgica, hojas diarias de la consulta externa, así como expedientes localizados en el archivo pertenecientes del periodo de septiembre de 2013 a febrero del 2014, con lo cual se realizó una base de datos.

PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

De las bases de datos (libreta de unidad de tococirugía y hojas de la consulta externa de obstetricia) en el período comprendido entre septiembre del 2013 y febrero del 2014 se encontraron un total de 464 pacientes, de los cuales 84 expedientes de los pacientes fueron eliminados ya que se encontraban depurados y no fue posible revisarlos. Por lo que la población final quedó conformada por 380 pacientes de las cuales se encontraron 63 pacientes de adolescentes (de 19 años o menos) y 317 de pacientes de edad materna avanzada (de 35 años y más).

Para el análisis de los datos se realizó estadística descriptiva como son frecuencias y porcentajes; los resultados se muestran a continuación.

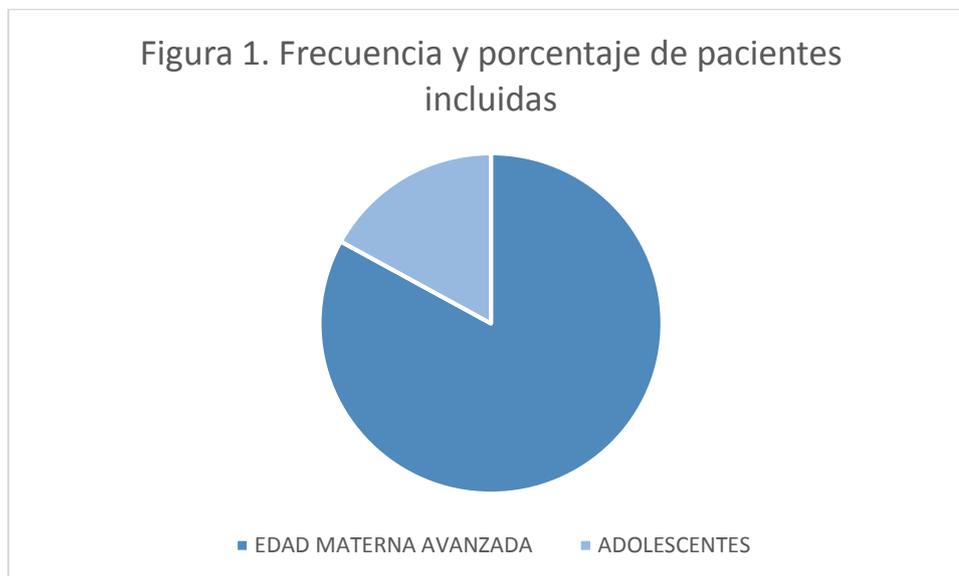
CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se cumplieron pautas y recomendaciones en materia de ética de investigación, además de que toda la información fue recopilada a través de los expedientes.

RESULTADOS

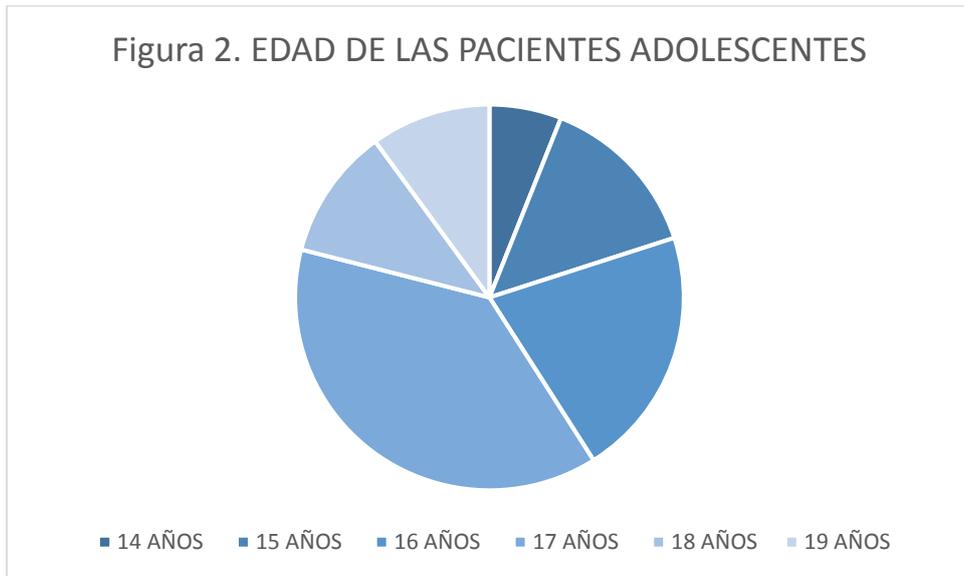
Los resultados serán descritos de la siguiente manera, primero se muestran las características sociodemográficas entre las dos muestras de pacientes; luego se describen las condiciones de los recién nacidos de las pacientes; y finalmente se muestran las complicaciones de los embarazos de las pacientes adolescentes y las de edad materna avanzada

En 83% fueron mujeres en edad materna avanzada y el 17% de adolescentes (ver Figura 1).



Las pacientes adolescentes se encontraron en un rango de edad de entre los 14 y 19 años, con una edad promedio de 16.6 años \pm 1.3 años, encontrando un mayor número de pacientes en la edad de 17 años con un 24% (ver Figura 2).

Figura 2. EDAD DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES

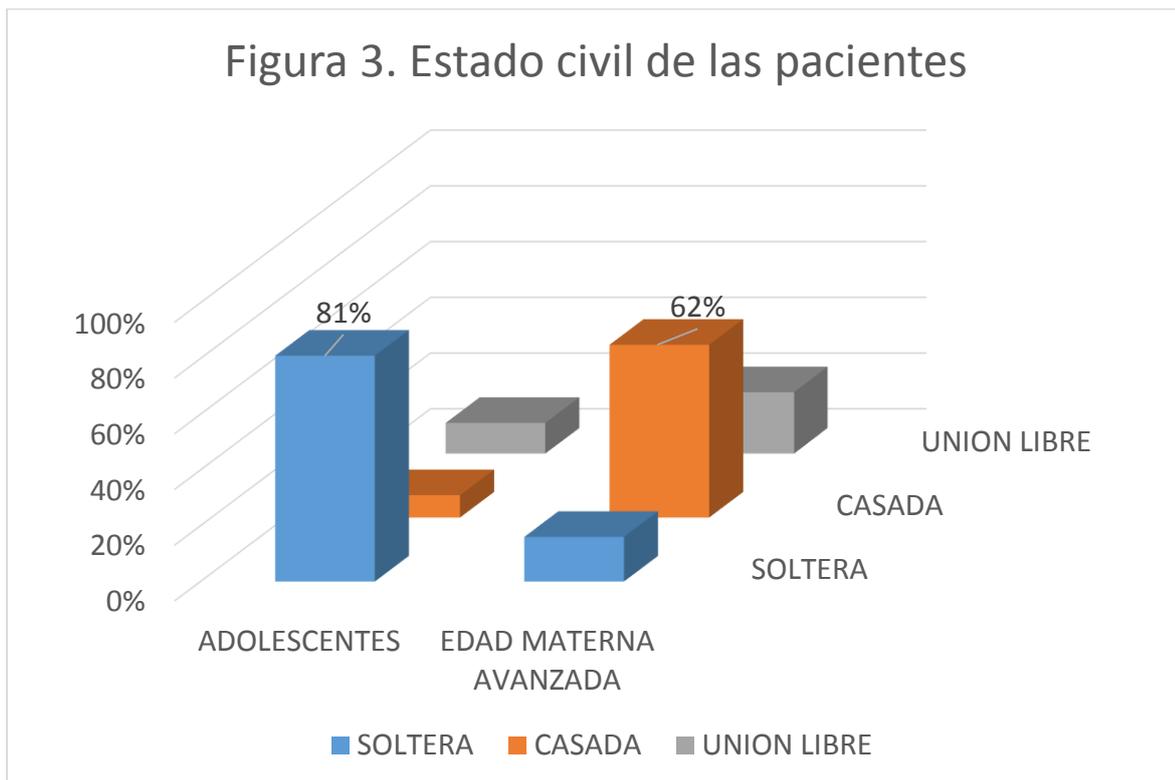


Las pacientes de edad materna avanzada se encontraron dentro de un rango que iba de los 35 a los 49 años, con una edad promedio de 38.3 años \pm 2.8 años; donde el mayor porcentaje fue en los 35 años con un 18%, seguido de las de 36 años con un 15%, las edades menos frecuentes fueron entre los 48 y 49 años con un 1% (ver Tabla 1).

Tabla 1. Edad de las pacientes de edad materna avanzada

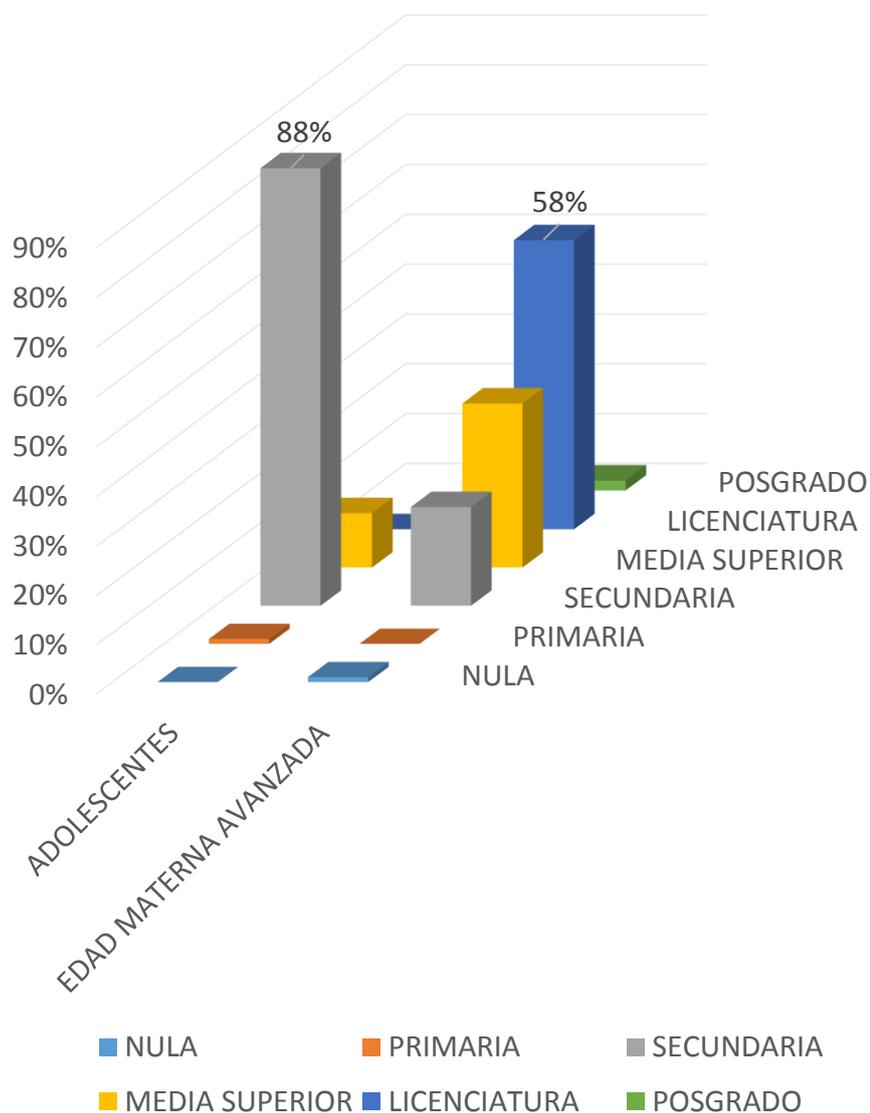
EDAD	NUM DE PACIENTES	PORCENTAJE
35 AÑOS	56	18%
36 AÑOS	48	15%
37 AÑOS	40	13%
38 AÑOS	41	14%
39 AÑOS	30	9%
40 AÑOS	27	6%
41 AÑOS	31	10%
42 AÑOS	24	8%
43 AÑOS	5	2%
44 AÑOS	5	2%
45 AÑOS	4	1%
46 AÑOS	2	0.6%
47 AÑOS	1	0.4%
48 AÑOS	2	0.6%
49 AÑOS	1	0.4%

El estado civil de las adolescentes predominó fue el de soltera con un 81%, seguido de un 11% que vivían en unión libre y solo un 8% de estas pacientes refirió ser casada. Respecto a las pacientes de edad materna avanzada se encontró con mayor porcentaje en el estado civil casada con un 62%, seguida de unión libre en un 22%, y sólo el 16% eran solteras; observándose que la mayoría de las pacientes adolescentes fueron madres solteras (ver Figura 3)



La escolaridad de las pacientes adolescentes con mayor predominio fue secundaria con un 88%, seguida de medio superior con 11% y sólo el 1% contaba con primaria. Respecto a las mujeres de edad materna avanzada el 58% contaba con estudios de licenciatura, seguido de medio superior con un 33% y en menor porcentaje se encontró la escolaridad básica y en posgrado (ver Figura 4)

Figura 4. Escolaridad de las pacientes



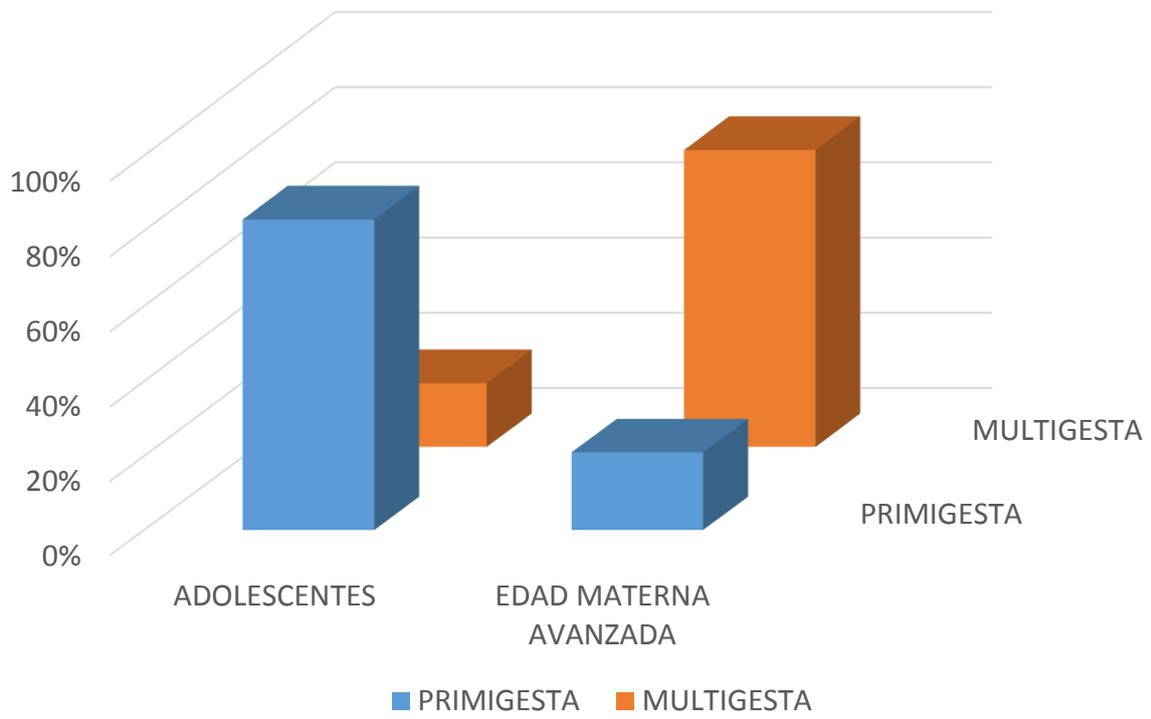
La ocupación de las pacientes adolescentes que más predominó fue la de estudiante en un 59%, seguido de 26% que se dedicaba a las labores del hogar. Respecto a las pacientes de edad materna avanzada se encontró el mayor porcentaje en empleada con un 34%, seguida de profesora con 31%; sólo se encontró un 17% de mujeres que se dedicaban a las labores del hogar (ver Tabla 2)

Tabla 2. Ocupación de las pacientes

OCUPACION	NUM DE PACIENTES ADOLESCENTES	%	NUM DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	%
ESTUDIANTE	37	59%	0	0%
ABOGADA	0	0%	1	0.2%
ADMINISTRATIVA	0	0%	8	3%
PROFESORA	0	0%	97	31%
EMPLEADA	0	0%	108	34%
SECRETARIA	0	0%	17	5%
HOGAR	26	41%	53	17%
MEDICO	0	0%	3	1.1%
TRABAJADORA SOCIAL	0	0%	2	0.5%
BIBLIOTECARIA	0	0%	1	2%
ASISTENTE EDUCATIVO	0	0%	2	3%
PSICOLOGA	0	0%	6	2%
ENFERMERA	0	0%	8	3%
ODONTOLOGA	0	0%	2	0.5%
POLICIA	0	0%	4	1%
TERAPEUTA DE LENGUAJE	0	0%	1	0.2%
CONTADORA	0	0%	1	0.2%
LABORATORISTA	0	0%	1	0.2%
INTENDENCIA	0	0%	1	0.2%
QFB	0	0%	1	0.2%

En la Figura 5 se muestra el número de gestas de las pacientes, donde el mayor porcentaje de pacientes adolescentes eran primigestas con un 83% y un 17% refirió más de un embarazo. Las gestas de las pacientes con edad materna avanzada se observó en mayor porcentaje multigestas con un 79% y primigestas un 21%.

Figura 5. Gestas de las pacientes



En la siguiente tabla se muestran las características sociodemográficas de ambos grupos de pacientes a modo comparativo.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de las pacientes

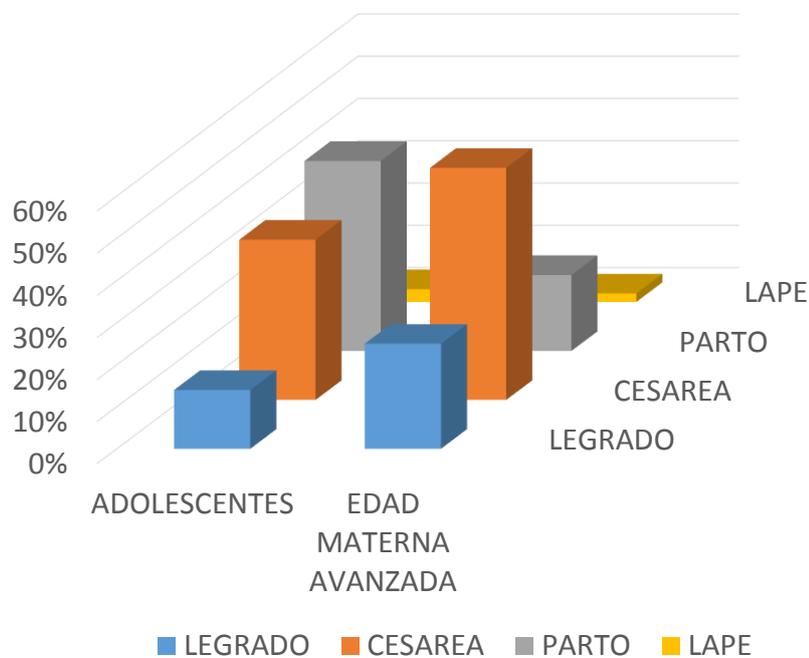
PROMEDIO DE EDAD	ADOLESCENTES		EDAD MATERNA AVANZADA		
	$X= 16.6 \pm 1.3$ AÑOS		$X= 38.3 \pm 2.8$ AÑOS		
	n	%	n	%	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	51	81%	50	16%
	CASADA	5	8%	196	62%
	UNIÓN LIBRE	7	11%	71	22%
ESCOLARIDAD	NULA	0	0%	1	1%
	PRIMARIA	1	1%	0	0%
	SECUNDARIA MEDIO	55	88%	20	6%
	SECUNDARIA SUPERIOR	7	11%	106	33%
	LICENCIATURA	0	0%	184	58%
	POSGRADO	0	0%	6	2%
	GESTAS	PRIMIGESTA	52	83%	67
	MULTIGESTA	11	17%	250	79%
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	37	59%	0	0%
	ABOGADA	0	0%	1	0.2%
	ADMINISTRATIVA	0	0%	8	3%
	PROFESORA	0	0%	97	31%
	EMPLEADA	0	0%	108	34%
	SECRETARIA	0	0%	17	5%
	HOGAR	26	41%	53	17%
	MEDICO	0	0%	3	1.1%
	TRABAJADORA SOCIAL	0	0%	2	0.5%
	BIBLIOTECARIA	0	0%	1	2%
	ASISTENTE EDUCATIVO	0	0%	2	3%
	PSICOLOGA	0	0%	6	2%
	ENFERMERA	0	0%	8	3%
	ODONTOLOGA	0	0%	2	0.5%
	POLICIA	0	0%	4	1%
	TERAPEUTA DE LENGUAJE	0	0%	1	0.2%
	CONTADORA	0	0%	1	0.2%
	LABORATORISTA	0	0%	1	0.2%
	INTENDENCIA	0	0%	1	0.2%
	QFB	0	0%	1	0.2%

La vía de resolución del embarazo de las pacientes adolescentes con mayor porcentaje fue el parto con un 45%, seguido de cesárea en un 38%, legrado en un 14% y laparotomía exploradora un 3% (secundario a embarazos ectópicos). Con relación a las pacientes de edad materna avanzada, se observó mayor porcentaje en la cesárea con un 55%, seguido de legrado en un 25%, parto 18% y laparotomía exploradora en un 2% (secundarios a embarazos ectópicos), (ver Tabla 4/ Figura 6)

Tabla 4. Vía de resolución de las pacientes

RESOLUCIÓN	NÚM DE PACIENTES ADOLESCENTES	PORCENTAJE	NÚM DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	PORCENTAJE
LEGRADO	9	14%	81	25%
CESÁREA	24	38%	177	55%
PARTO	28	45%	57	18%
LAPE	2	3%	2	2%

Figura 6. Vía de resolución del embarazo de las pacientes

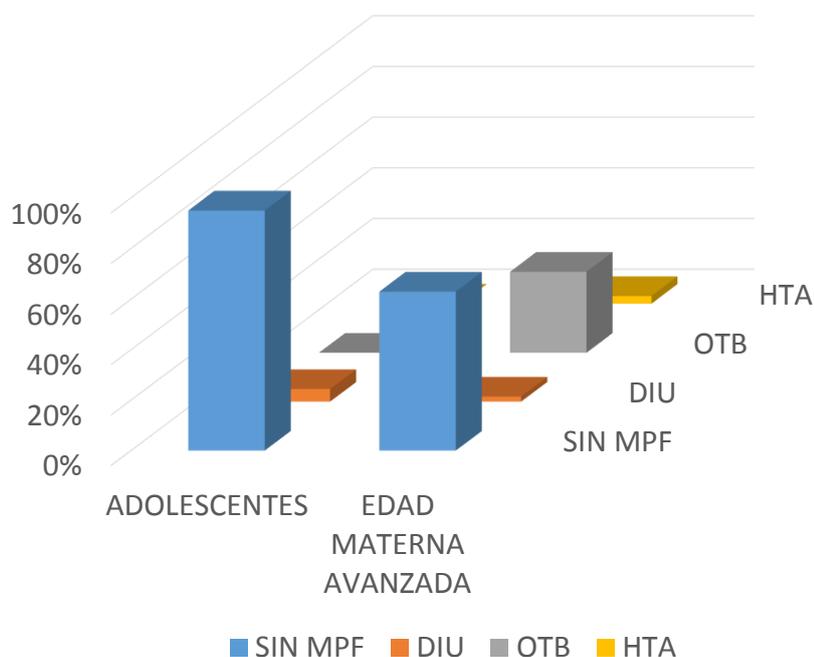


En la Tabla 5/Figura 7 se muestra el método de planificación familiar de ambos grupos de pacientes, donde en método más utilizado por las pacientes adolescentes fue el dispositivo intrauterino (DIU) con un 5%, sin embargo las pacientes que decidieron no utilizar método de planificación familiar fue un 95%. Con relación a las pacientes de edad materna avanzada la oclusión tubaria bilateral fue el método más utilizado con un 32%, seguido por la histerectomía obstétrica en un 3% y el DIU en un 2%, sin embargo con un mayor porcentaje del 63% se encontraron las pacientes que decidieron no utilizar método de planificación familiar.

Tabla 5. Método de planificación familiar de las pacientes

MÉTODO	NÚM. DE PACIENTES ADOLESCENTES	PORCENTAJE	NÚM. DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	PORCENTAJE
SIN MPF	60	95%	202	63%
DIU	3	5%	5	2%
OTB	0	0%	103	32%
HTA	0	0%	7	3%

Figura 7. Metodo de planificación familiar de las pacientes



CONDICIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS

Se obtuvieron 52 recién nacidos vivos entre partos y cesáreas de las pacientes adolescentes; en las pacientes de edad materna avanzada se obtuvieron 234 recién nacidos vivos entre partos y cesáreas, ya que tres embarazos fueron gemelares, y tres productos obtenidos fueron óbitos.

El peso de los recién nacidos de las pacientes adolescentes con un mayor porcentaje fue el de entre 3001 g a 3500 g con un 44% y productos macrosómicos con un peso mayor de 3800 g un 4% y con peso bajo que se encuentra entre 2000 g a 2500 g un 4%. El peso de los recién nacidos de las pacientes de edad materna avanzada, se observó un mayor porcentaje del 38% entre 3001 g a 3500 g. y productos macrosómicos con un peso mayor de 3800 g un 4% y con peso bajo que se encuentra entre menos de 1000 g a 2500 g un 20%.

Tabla 6. Peso de los recién nacidos

PESO	NÚM DE RN DE PACIENTES ADOLESCENTES	PORCENTAJES	NÚM DE RN DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	PORCENTAJES
-1000g	0	0%	5	2%
1000g a 2000g	0	0%	14	6%
2001g a 2500g	2	4%	30	12%
2501g a 3000g	18	34%	78	33%
3001g a 3500g	23	44%	90	38%
3501g a 3800g	7	14%	13	5%
+ 3800g	2	4%	7	4%

La talla de los recién nacidos de pacientes adolescentes, que mostró un mayor porcentaje fue de 46 cm a 50 cm con un 58%, seguido de una talla de más de 51 cm con un 38% y con una talla de 40 a 45 cm un 4%. La talla de los recién nacidos de las pacientes de edad materna avanzada se observó un mayor porcentaje de 46 cm a 50 cm con un 47%, seguido de una talla de más de 51 cm con un 39%, con una talla de 40 a 45 cm un 12% y con una talla menor a 40 cm un 2%.

Tabla 7. Talla de los recién nacidos

TALLA	NÚM DE RN DE PACIENTES ADOLESCENTES	PORCENTAJE	NÚM DE RN DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	PORCENTAJE
-40 cm	0	0%	5	2%
40 a 45 cm	2	4%	29	12%
46 a 50 cm	30	58%	111	47%
+ 51 cm	20	38%	92	39%

El Capurro de los recién nacidos de pacientes adolescentes se observó un mayor porcentaje en más de 37 semanas con un 96%, por lo que estos recién nacidos fueron de término y prétermino solo un 4%. El Capurro de los recién nacidos de las pacientes de edad materna avanzada, se observó un mayor porcentaje en más de 37 semanas con un 79%, por lo que estos recién nacidos fueron de término, prétermino (35-36 sem) 14% y prematuros (menos de 34 semanas) solo un 7%.

Tabla 8. Capurro de los recién nacidos

CAPURRO	NÚM DE RN DE PACIENTES ADOLESCENTES	PORCENTAJE	NÚM DE RN DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	PORCENTAJE
- 28 sem	0	0%	2	1%
28 a 34 sem	0	0%	14	6%
35-36 sem	2	4%	34	14%
+ 37 sem	50	96%	187	79%

El Apgar de los recién nacidos de pacientes adolescentes se observó en mayor porcentaje de 8/9 con un 67%, seguido de 9/9 con un 17%, y 7/9 con un 16%, los cuales se encontraban dentro de un rango de la normalidad. El Apgar de los recién nacidos de pacientes de edad materna avanzada se observó en mayor porcentaje de 8/9 con un 54%, seguido de 9/9 con un 16%, 7/8 con un 14%, y 8/8 con un 13%, se observaron 3 óbitos (Apgar 0/0).

Tabla 9. Apgar de los recién nacidos

APGAR	NÚM DE RN DE PACIENTES ADOLESCENTES	PORCENTAJE	NÚM DE RN DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	PORCENTAJE
9/9	9	17%	40	16%
8/9	35	67%	129	54%
8/8	0	0%	30	13%
7/9	8	16%	0	0%
7/8	0	0%	35	14%
0/0	0	0%	3	3%

En la Tabla 10 se conjuntan la condiciones encontradas respecto a los recién nacidos por ambos grupos.

Tabla 10. Condiciones de los recién nacidos

	NÚM DE RN DE PACIENTES ADOLESCENTE S	%	NÚM DE RN DE PACIENTES DE EDAD MATERNA AVANZADA	%
NÚM DE RN VIVOS	52		324	
NÚM OBITOS PESO	0		3	
-1000g	0	0%	5	2%
1000g a 2000g	0	0%	14	6%
2001g a 2500g	2	4%	30	12%
2501g a 3000g	18	34%	78	33%
3001g a 3500g	23	44%	90	38%
3501g a 3800g	7	14%	13	5%
+ 3800g	2	4%	7	4%
TALLA				
-40 cm	0	0%	5	2%
40 a 45 cm	2	4%	29	12%
46 a 50 cm	30	58%	111	47%
+ 51 cm	20	38%	92	39%
CAPURRO				
- 28 sem	0	0%	2	1%
28 a 34 sem	0	0%	14	6%
35-36 sem	2	4%	34	14%
+ 37 sem	50	96%	187	79%
APGAR				
9/9	9	17%	40	16%
8/9	35	67%	129	54%
8/8	0	0%	30	13%
7/9	8	16%	0	0%
7/8	0	0%	35	14%
0/0	0	0%	3	3%

COMPLICACIONES DE LOS EMBARAZOS DE LAS PACIENTES ADOLESCENTES

Del total de la muestra de las pacientes adolescentes el 78% tuvo un embarazo normoevolutivo, mientras que un 2% presentaba desde antes del embarazo artritis reumatoide, 2% purpura trombocitopenica idiopática y otro 2% crisis convulsivas. Se observaron 2 embarazos ectópicos correspondiente a 3% de los embarazos los cuales se resolvieron con laparotomía exploradora. Durante el embarazo se observaron 4 rupturas prematuras de membranas correspondientes a 5%, durante el embarazo y/o puerperio se observó enfermedad hipertensiva del embarazo catalogados como hipertensión gestacional 2%, preeclampsia leve 4% y eclampsia 2% correspondiendo a una paciente la cual requirió 5 días de internamiento en unidad de cuidados intensivos.

Tabla 11. Complicaciones de los embarazos de las pacientes adolescentes

COMPLICACIÓN	NÚM DE PACIENTES	PORCENTAJE
Sanas	49	78%
Artritis reumatoide	1	2%
Purpura trombocitopenica idiopática	1	2%
Crisis convulsivas	1	2%
Ruptura prematura de membranas	4	5%
Embarazo ectópico	2	3%
Hipertensión gestacional	1	2%
Preeclampsia leve	3	4%
Eclampsia	1	2%

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON EDAD MATERNA AVANZADA

Del total de las pacientes de edad materna avanzada 36% tuvo un embarazo normoevolutivo, mientras un 0.5% presentaba desde antes del embarazo Enfermedad de Lyme, hipotiroidismo un 4%, miomatosis uterina 4%, Sx de Turner 0.5%, microadenoma hipofisiario 1%, asma 1%, crisis convulsivas 1%, hipertensión arterial crónica 2.5%, diabetes mellitus tipo 2 5%. Se observaron 2 embarazos ectópicos correspondiente a 1% los embarazos los cuales se resolvieron con laparotomía exploradora. Se observó un embarazo molar el cual se resolvió con aspiración manual endouterina. Durante el embarazo se observó un 8% con diabetes gestacional, 2% de intolerancia a los carbohidratos, enfermedad hipertensiva del embarazo correspondiendo a hipertensión gestacional un 7%, preeclampsia leve un 2%, preeclampsia severa 5%, Sx de HELLP 1.5% estas dos últimas patologías corresponden a 20 pacientes las cuales necesitaron internamiento en la unidad de cuidados intensivos en promedio 3 días. Se observó oligohidramnios en un 2%, polihidramnios 1.5%, ruptura prematura de membranas 7%, placenta previa 2%, acretismo placentario 0.5%. Durante la resolución del embarazo se observaron 8 atonías uterinas correspondiendo a 2.5% y a 7 pacientes se les realizó histerectomía obstétrica correspondiente a 2%.

Tabla 17. Complicaciones en pacientes con edad materna avanzada

COMPLICACIÓN	NÚM DE PACIENTES	PORCENTAJE
Sanas	116	36%
Embarazo ectópico	2	1%
Enf Lyme	1	0.5%
Hipotiroidismo	12	4%
Miomatosis uterina	12	4%
Sx de Turner	1	0.5%
Microadenoma hipofisiario	3	1%
Diabetes gestacional	26	8%
Asma	3	1%
Mola hidatiforme	1	0.5%
Intolerancia a carbohidratos	7	2%
Crisis convulsivas	3	1%
Hipertensión gestacional	24	7%
Oligohidramnios	7	2%
Atonía uterina	8	2.5%
HTA obstétrica	7	2%
Hipertensión arterial crónica	8	2.5%
Preeclampsia leve	6	2%
Acretismo placentario	1	0.5%
Placenta previa	7	2%
Ruptura prematura de membranas	23	7%
Polihidramnios	5	1.5%
Preeclampsia severa	15	5%
Sx de HELLLP	5	1.5%
Diabetes mellitus tipo 2	15	5%

DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en un período de seis meses en la unidad Hospital Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE, se encontró un mayor número de pacientes de edad materna avanzada en un 83% lo cual va en ascenso lo cual se menciona en la literatura.

De las pacientes adolescentes en cuanto a datos sociodemográficos se observó en mayor porcentaje que las pacientes eran solteras, de escolaridad secundaria, y de ocupación estudiante, lo cual se corrobora en lo establecido en la literatura en donde se menciona que la mayoría de estos embarazos no son deseados y/o planeados, con lo cual se trunca la posibilidad de dicha adolescente para crecer en el ámbito escolar y por lo tanto profesional; ya que la mayoría no se encuentran capacitadas tanto física como mentalmente para hacerse cargo de un hijo el cual conlleva a un sinnúmero de obligaciones y retos para el futuro.

Se menciona en la literatura bajo peso y prematurez en recién nacidos de madres adolescentes sin embargo en el presente estudio solo se observó en un 4% tanto para bajo peso como para prematurez, probablemente esto se deba a que las pacientes atendidas en nuestra unidad hospitalaria, por lo general son hijas o esposas de derechohabientes, lo cual condiciona que presenten mejores condiciones de vida.

No obstante se menciona que la inmadurez física con la que cursa la paciente adolescente por un desarrollo incompleto de la pelvis ósea, hace que la vía de resolución del embarazo se la cesárea más comúnmente, sin embargo en nuestra población estudiada la cesárea fue la vía de resolución en un 38% y el parto en un 45%; encontrando dentro de las indicaciones de cesáreas la enfermedad hipertensiva del embarazo (hipertensión gestacional, preeclampsia-eclampsia), así como desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal. Sin embargo en un 78% de los embarazos de estas pacientes el embarazo fue normoevolutivo.

Se observó en nuestra población que la pacientes adolescentes no truncaron sus deseos reproductivos ya que a pesar de la consejería sobre método de planificación familiar que se ofrece en la unidad sólo un 5% se colocó el dispositivo intrauterino y un 95% prefirió no utilizar método de planificación familiar, se encontró que un 17% de las pacientes presentaba más de un embarazo no se realizó la oclusión tubaria bilateral como método de planificación familiar definitivo.

En nuestro estudio la población de pacientes de edad materna avanzada corresponde al 83%, así como en sus datos sociodemográficos se observa un mayor porcentaje de pacientes casadas, trabajadoras y con un nivel educativo de licenciatura; lo cual concuerda con la literatura en la cual se menciona que las mujeres posponen su maternidad para realizarse en el ámbito personal y profesional.

En el estudio realizado por García Ledezma en el 2002 en nuestra unidad, se observó una alta incidencia de cesáreas en la paciente de edad materna avanzada con la finalidad de tratar de evitar complicaciones tales como distocias ya sean dinámicas o cervicales, lo cual coincide con lo hallado en el presente estudio en donde se observó un 55% de resoluciones por vía abdominal, sin embargo en la literatura se menciona un alto índice de abortos en la edad materna avanzada en nuestro estudio se observaron en un 25%.

En las pacientes de edad materna avanzada se considera como factor de riesgo el que pueden contar con patologías desde antes del embarazo tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, miomatosis uterina, se encontró una paciente con Síndrome de Turner la cual se embarazó mediante técnicas de reproducción asistida sin embargo por las condiciones propias de la enfermedad la paciente presentaba útero infantil el cual no fue suficiente para mantener un embarazo a término y dicho embarazo se resolvió mediante cesárea de un producto prematuro. Durante el embarazo las complicaciones que se observaron con mayor frecuencia fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo (hipertensión gestacional 7%, preeclampsia leve 2%, preeclampsia severa 5%, Síndrome de HELLP 1.5%), lo cual conlleva a un aumento de días de estancia intrahospitalaria así como aumento de recursos necesarios para su atención. Otras complicaciones que se observaron fueron intolerancia a los carbohidratos 2% y diabetes gestacional 8%.

En las pacientes de edad materna avanzada se reporta en la literatura mayor incidencia de sangrados de la segunda mitad del embarazo; en el presente estudio se presentó en la población un 2% con placenta previa y en un 0.5% se observó acretismo placentario. Estas últimas no se presentaron en la población adolescente.

Al igual que en la población adolescente las pacientes de edad materna avanzada prefirieron no utilizar método de planificación familiar con un 63%, así como método definitivo (oclusión tubaria bilateral) se realizó en un 32%, un 3% presentó hemorragia obstétrica la cual se resolvió mediante histerectomía obstétrica.

Se menciona en diversa literatura que en los países en vías de desarrollo, la mortalidad materna se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte en la edad reproductiva; en el presente estudio realizado durante seis meses no se presentaron muertes maternas tanto en las adolescentes como en las pacientes de edad materna avanzada.

CONCLUSIONES

Podemos concluir en nuestro estudio que las pacientes adolescentes fueron un 17% y las pacientes de edad materna avanzada corresponden un 83%, lo cual incrementa el porcentaje de pacientes con embarazos de alto riesgo.

Se establece como factor de riesgo en las pacientes la edad; ya sean adolescentes o de edad materna avanzada; por lo que se debe tener en consideración desde la consejería prenatal, así como en el embarazo, durante y posterior a la resolución del mismo; para que en los primeros niveles de atención se les preste la atención pertinente, y de surgir alguna complicación esta sea identificada de manera oportuna y sean referidas de las unidades de medicina familiar al segundo o tercer nivel de atención según se considere pertinente; para lograr la disminución de complicaciones perinatales.

Las complicaciones de las adolescentes se observaron en mayor porcentaje enfermedad hipertensiva del embarazo y ruptura prematura de membranas, mientras que en las pacientes de edad materna avanzada se observaron mayores complicaciones de enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional e intolerancia a los carbohidratos, así como un pequeño porcentaje presentó hemorragia obstétrica la cual se resolvió por histerectomía obstétrica.

Con el presente estudio podemos afirmar que un control prenatal cuidadoso junto a una vigilancia estrecha del embarazo tanto en la paciente adolescente como en la paciente de edad materna avanzada así como una meticulosa decisión en la resolución del embarazo conduce a una minimización del riesgo obstétrico, con lo cual se mejora el pronóstico tanto materno como fetal.

ANEXO 1

Cédula de registro para captura de datos						
Nombre						
Cédula				Edad		
Estado civil	Unión libre	Separada	Divorciada	Viuda	Casada	Soltera
Escolaridad	Analfabeta		Básica	Media superior		Superior
Lugar de nacimiento			Lugar de residencia			
Nivel socioeconómico	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto		Alto
Ocupación	Ama de casa	Estudiante		Empleada		Desempleada
Unidad de origen						
Diagnóstico						
Complicación del embarazo			Complicaron embarazo	al		
Tratamientos invasivos						

BIBLIOGRAFÍA

1. Anna Nolasco-Bié. *Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada*. Ginecol Obstet Mex. 2012; 80 (4): 270-275
2. León, Paula. Et al. *Embarazo adolescente*. Rev. Ped. Elec 2012, Vol 5 n° 1. 42-49
3. Fernández, I. Et al. *Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual*. Rev. Méd. Chile 2010; 128: 574-583
4. Padilla, Gil. Et al. *Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia*. Rev. SOGIA 2010; 7:16-25
5. Suárez, Silvia. Et al. *Marcadores de estrés oxidativo en placentas de gestantes añosas*. An Fac Med Lima 2011; 68(4).
6. Estrategia Nacional Para La Prevención Del Embarazo En adolescentes 2010. Gobierno De La República
7. Fleiz, Clara. Et al. *Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México*, Rev. Mex de Sal Mental, 2011, Vol 22, 59-72
8. García. Anabel. *Reproducción en los extremos de la vida*. ISSSTE Zaragoza. 2002. 1-43