

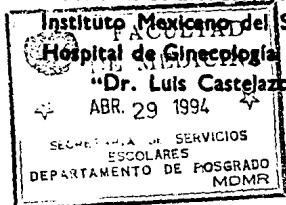
11217

# Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado

178



20j

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**DR. HENRRIC VENERO PARRA**

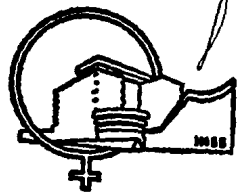
*Henrico Venero Parra*



ASESOR:

**DR. F. RAFAEL TENORIO MARAÑON**

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



México, D. F.

Abril de 1994

ENSEÑANZA  
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"  
I. M. S. S.



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 está 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.

**A MIS PADRES POR SU EJEMPLAR  
VIRTUD DE ENTREGA Y AMOR**

**A MIS HERMANOS POR SER LA  
INSPIRACIÓN Y APOYO DE MI SUPERACION**

**A EGALIDE MI SOPORTE ESPIRITUAL**

## INDICE

I.	INTRODUCCION	2
II.	JUSTIFICACION	5
III.	OBJETIVOS GENERALES	5
IV.	MATERIAL Y METODOS	6
V.	RESULTADOS	9
VI.	TABLAS	11
VII.	DISCUSION	13
VIII.	CONCLUSIONES	17
IX.	BIBLIOGRAFIA	18
X.	GRAFICAS	21

## INTRODUCCION:

La edad de la paciente es importante en la evaluación de cualquier problema médico, esto es verdad en la Obstetricia y en cualquier campo de la Medicina.

La palabra adolescencia; del latín *adolescere*, que significa crecer, concepto que de acuerdo a la definición proporcionada por Shen (7, 8, 16) y aceptada por la Asociación Americana de la Adolescencia lo define como un proceso biopsicosocial que perdura desde los 10 y 13 años de edad, se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y finaliza cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial (2, 5, 7, 8, 10, 14).

En esta etapa de la vida un embarazo, es uno de los problemas que se le presentan al obstetra, planteando una serie de interrogantes fundamentalmente relacionados con su futuro perinatal y obstétrico (4, 12, 13, 18, 22).

La incidencia de mujeres adolescentes embarazadas cada día va en aumento; en Chile, la doctora Romero (11), menciona una incidencia de 16.5 %. Ha Mamonda en Arabia Saudita reporta una cifra del 26 % (11). En México se ha calculado que el 30% aproximadamente de la población se encuentra en esta etapa de la vida (4, 6, 8, 13, 23).

En México no contamos con datos estadísticos propios, pero sabemos que existe un índice de crecimiento de los mas elevados del mundo y que el mayor número de nacimientos ocurren en la población de escasos recursos, solo contamos con datos reportados de población de pacientes que cuentan con atención médica de Seguridad Social (ISSSTE, IMSS, SSA, Hospital Militar), (8, 13, 22, 24).

Sin embargo se piensa que este número sea mayor ya que por la falta de control general y por el hecho de que muchas de ellas dependen económicamente de la familia y no tienen derecho a los servicios de instituciones de salud de seguridad social, es difícil conocer cifras reales. Solo podemos mencionar que la incidencia mundial de embarazadas adolescentes fluctúa entre el 10 y 30 % (7, 9, 11, 14, 16, 23).

Este aumento de embarazo en adolescentes se encuentra debido a la combinación de varios factores: inicio temprano de relaciones sexuales, maduración sexual más temprana y poca o ninguna utilización de métodos anticonceptivos, por ignorancia o inaccesibilidad a ellos con sus múltiples consecuencias sociales y médicas (3, 5, 6, 14, 16, 17).

Desde el punto de vista social, sus implicaciones son muy variadas, desde el aborto, la cesión del hijo, madre soltera e hijo no deseado, todo esto influye de manera muy importante en una adolescente (16, 17).

Existen numerosos trabajos de otros países, donde se reporta incremento de la morbilidad materna en embarazadas adolescentes, siendo susceptibles de complicaciones que van desde enfermedades asociadas como la Toxemia, anemias, abortos, RPM, niños con bajo peso al nacer, así como las alteraciones cromosómicas y el aumento del intervencionismo obstétrico a expensas de operación cesárea y aplicación de Forceps.

La cesárea se ha reportado en la literatura con cifras que van del 20 al 40% (12, 18, 19, 22, 25), siendo la indicación principal la DCP como consecuencia de la falta de un desarrollo total; estas adolescentes se encuentran en vías de formación somática, con aparentes defectos del desarrollo, en especial de la pelvis, por otra parte, acuden muy poco al control prenatal, ambas situaciones contribuyen a un número mayor de cesáreas, la alta incidencia de este tipo de alteraciones sugieren que la pelvis ósea no ha alcanzado su tamaño potencial en el tiempo del parto, principalmente en el estrecho superior (11, 12, 13, 23).

En otros estudios Battaglia encontró que 97.5 % de los pacientes a quienes se les practicó Rx de pelvis, se demostró signos de madurez ó-

sea, definido por la falta de fusión de las epífisis (10, 17, 18, 21).

**En base a estos antecedentes bibliográficos se pretende que en el presente estudio de investigación se evalúe la morbimortalidad Materno Fetal en las pacientes primigestas adolescentes que constituyen un buen porcentaje de las pacientes embarazadas.**

**En nuestro país no existen estudios recientes al respecto, por lo que se considera prudente la realización del presente trabajo.**

## **JUSTIFICACION:**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

**¿La Morbimortalidad Materno Fetal de la primigesta adolescente es mas alta que en las primigestas mayores de 18 años de edad ?.**

### **OBJETIVOS GENERALES:**

- a) Analizar la Morbimortalidad Materno Fetal en las primigestas adolescentes y compararla con las primigestas mayores de 18 años.**
- b) Conocer el estado actual de las adolescentes en nuestros medio.**
- c) Evaluar se existe correlación clínica, señalada en la literatura mundial, en relación a la población en estudio.**
- d) Identificar factores de riesgo tempranos en la evolución del evento obstétrico en la adolescente y prevenirlos.**
- e) Establecer normas de manejo para reducir la Morbimortalidad Materno Fetal.**
- f) Establecer programas educativos a nivel del núcleo y planificación familiar, así como de orientación sexual.**



## MATERIAL Y METODOS:

### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio Retrospectivo, Longitudinal, Comparativo y Observacional.

Se estudiaron 40 pacientes primigestas adolescentes (Grupo de Estudio) y se compararon con 40 pacientes primigestas con edades de 18 a 30 años (Grupo Control), quienes ingresaron al Servicio de U.T.Q. del Hospital " Luis Castelazo Ayala ", en un período comprendido del primero de enero al 30 de junio de 1992.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Embarazadas con edades de 17 años o menos.
- Primigestas.
- Embarazos a término.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Toda embarazada de 18 años o mas.
- Con partos o cesáreas previas.
- Con embarazos pretérmino.
- Enfermedades previas incapacitantes, secuelas de polio o problemas ortopédicos.

## UNIVERSO DE TRABAJO:

Para estudiar a las pacientes, se recolectó la información de los expedientes clínicos, los datos mas relevantes, los cuales se consignaron en la hoja de captación de datos, con los siguientes puntos:

1. Nombre y cédula de la paciente.
2. Fecha de ingreso y egreso del Servicio
3. Antecedentes personales: Una serie de variables de su entorno social y de educación como son; estado civil, escolaridad trabajo, nivel socioeconómico, toxicomanías, alcoholismo y tabaquismo.
4. Antecedentes Gineco Obstétricos: Edad de la menarca, ritmo menstrual, inicio de la vida sexual activa, métodos anticonceptivos y número de consultas prenatales.
5. Morbilidad del embarazo: Las diferentes patologías como son toxemia, anemia, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y embarazo prolongado.
6. Edad gestacional al ingreso: Es el número de semanas al ingreso evaluadas por clínica, amenorrea, U.S.G. y Rayos X.
7. Manejo obstétrico: Determinado por la vía de resolución del embarazo; parto eutócico, distócico, cesárea, con especificación de las complicaciones y hallazgos varios.
8. Datos del producto: Con valoración de la calificación de Apgar a los 5 minutos, formando tres grupos: 0 a 5, 6 a 7 y 8 a 10; así como peso de los productos con tres grupos, uno de

2,000 a 2,499 gr, 2,500 a 3,499 gr y 3,500 o más, datos como R.C.I.U. y S. F. A., postmadurez y pretérmino.

**RECUENTO Y PLAN DE LA INVESTGACIÓN:**

En el presente trabajo los resultados se analizaron por medio de medidas de frecuencia, asociaciones, utilizando como pruebas estadísticas t de Student, con valores de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativa, proporción atribuible al I.C. (Intervalo de Confianza) al 95 %.

**PRESENTACION DE LA INFORMACION:**

Se realizó mediante tablas y gráficas de sectores de los resultados obtenidos en función de las variables estudiadas.

## RESULTADOS:

El grupo de estudio se formó de 40 pacientes primigestas, adolescentes menores de 18 años de edad, el grupo control se formó con 40 pacientes primigestas mayores de 18 años.

En relación a la distribución por edades, se encontró que el grupo de estudio (grupo I), tuvo una edad promedio de 15.25 años con rangos de entre 13 y 17 años de edad, encontrándose la mayor parte de las pacientes entre los 16 y los 17 años de edad, con porcentajes de 45 y 30 % respectivamente, 9 pacientes de 15 años de edad y una sola paciente de 13 años (22 y 2.5 % respectivamente). En el grupo II ó grupo control, la edad materna osciló entre 18 y 30 años de edad, con un promedio de 24 años de edad, encontrándose distribuidas en forma mas o menos uniforme como se puede observar en la gráfica 1.

Cuando se analizó el promedio de estancia intrahospitalaria, se observó que en el grupo I, el promedio de estancia fué de 4 días con rangos que oscilaron entre 1 y 6 días, 15 pacientes con 2 días (37.5 %), 9 pacientes con 5 días (22.5 %), 8 pacientes con 4 días de estancia (20 %), 3 días de hospitalización en 7 pacientes (17.5 %) y 1 paciente (2.5 %) con 6 días. El promedio de estancia para el grupo control fué de 3.5 días con rangos de 2 a 5 días, siendo el 60 % (24 pacientes) de 2 días, 14 pacientes (35 %) con 3 días, 1 paciente (2.5 %), y otro paciente (2.5 %) con 5 días de hospitalización, ver gráfica 2.

En relación a la escolaridad, el grupo de estudio mostró que el 55 % de ellas (22 pacientes) tenían estudios de Primaria, el 32.5 % (13 pacientes) con estudios de Secundaria y Preparatoria el 12.5 % (5 pacientes). Por otro lado en el grupo II se encontró que el 7.5 % (3 pacientes) tenían estudios de Primaria, el 25 % (10 pacientes) tenían estudios de Secundaria, 62.5 % (25 pacientes) con Bachillerato y el 5 % que correspondió a 2 pa-

cientes con estudios Universitarios, como se muestra en la gráfica 3.

El análisis del estdo civil mostró que en el grupo de estudio existieron 20 pacientes solteras, que correspondió al 50 %, 3 pacientes estuvieron casadas (7.5 %) y las restantes 17 (42.5 %) vivían en unión libre. En el grupo control se encontró una sola paciente (2.5 %) soltera, fueron 33 pacientes (82.5 %) casadas y 6 pacientes (15 %) vivían en unión libre, ver gráfica 4.

En el grupo I se encontró que el 47.5 % de las pacientes (19) no tenían ninguna ocupación, se dedicaban al hogar 19 de ellas (47.5 %) y eran empleadas 2 (que correspondió al 5 %), en el grupo II todas tenían algún tipo de ocupación, se dedicaban al hogar el 72.5 % (29 pacientes) y eran empleadas el 27.5 % o sea 11 pacientes, como se muestra en la gráfica 5.

Para el análisis del nivel socioeconómico, se dividió éste en 3 rangos: Bajo, Medio bajo y Medio alto, lo que correspondió para el grupo de estudio en 24 pacientes (60 %) del nivel socioeconómico bajo, 40 % ó sea 16 pacientes, se clasificaron en el nivel medio bajo y ninguna en el nivel medio alto, por otro lado en el grupo II, solo se detectó una paciente (2.5 %) en el nivel bajo, a 28 pacientes (70 %) en el nivel medio bajo y 11 (27.5 %) en el nivel medio alto, ver gráfica 6.

Se analizaron algunos hábitos y toxicomanías encontrándose que en grupos de estudio, existía el tabaquismo positivo en 15 pacientes (37.5 %) y que ninguna refirió el antecedente de alcoholismo o algún otro tipo de toxicomanía, 25 pacientes negaron hábitos de este tipo, de hecho se repitió en el grupo control en donde 27 pacientes (67.5 %) negaron toxicomanías, tabaquismo y alcoholismo, y el 32.5 % (13 pacientes) tuvieron tabaquismo positivo (gráfica 7).

La edad de la menarca osciló entre los 10 y los 15 años de edad con promedio de 12.5 años en el grupo I, distribuyéndose de la siguiente for-

ma: 10 años 1 pacientes (2.5 %), 11 años 2 pacientes (5 %), 12 años 23 pacientes (57.5 %), 13 años 11 pacientes (27.5 %), 14 años 2 pacientes (5 %) y de 15 años solamente 1 paciente (2.5 %). En el grupo II el promedio de edad fué de 12.5 años con rango de 10 a 15 años, con 3 pacientes a los 11 años (7.5 %), 16 a los 12 años (40 %), 15 a los 13 años (37.5 %) y de 14 años en 6 pacientes (15 %), como se puede ver en la gráfica 8.

El inicio de la vida sexual en promedio fué de 14.5 años, con rangos de 12 a 17 años para el grupo I, 1 paciente a los 12 años (2.5 %), 5 a los 13 años (12.5 %), 5 a los 14 años (12.5 %), 12 a los 15 años (40 %), 1 a los 17 años (2.5 %). En el grupo II se inició en promedio a los 23.5 años, con rango de 18 a 30 años, con 8 pacientes (20 %) a los 18 años, 2 a los 19 (20 %), 8 a los 20 (20 %), 2 a los 21 (5 %), 6 pacientes a los 22 años (15%), 3 a los 23 (7.5 %), 1 a los 24 (2.5 %), 3 a los 25 (7.5 %), 1 a los 26 (2.5 %), 2 a los 27 (5 %), 2 a los 28 (5 %) y por último 2 a los 29 años, que correspondió a 5 % , como se puede ver en la gráfica 9.

Tabla 1. Métodos diagnósticos utilizados en ambos grupos

Método	Grupo de estudio	Grupo control
Clínica	10 (25 %)	
Amenorrea	30 (75 %)	33 (82.5 %)
Rx y USG		7 (17.5 %)

Tabla 2. Resolución del embarazo

	Grupo de estudio	Grupo control
Parto eutócico	18 (45 %)	22 (55 %)
Cesárea	21 (52.5 %)	15 (37.5 %)
Forceps	1 (2.5 %)	3 (7.5 %)

Tabla 3. Indicación de la Cesárea

	Grupo de estudio	Grupo Control
D. C. P.	8 (38.09 %)	11 (73.33 %)
S. F. A.	4 (19.04 %)	4 (26.66 %)
Toxemia severa	9 (42.85 %)	

Tabla 4. Peso de los productos

	Grupo de estudio	Grupo control
2,000 a 2,499 gr	4 (10 %)	4 (10 %)
2,500 a 3,499 gr	26 (65 %)	31 (77.5 %)
3,500 ó más	10 (25 %)	5 (12.5 %)

Tabla 5. Calificación de Apgar a los 5 minutos

	Grupo de estudio	Grupo control
6 a 7	2 (5 %)	3 (7.5 %)
8 a 10	38 (95 %)	36 (90 %)
Obitos		1 (2.5 %)

Tabla 6. Correlación de la edad gestacional con la valoración de Ballard

	Grupo de estudio	Grupo control
Pretérmino	3 (7.5 %)	
A término	29 (72.5 %)	34 (85 %)
Post madurez	2 (5 %)	2 (5 %)
R. C. I. U.	6 (15 %)	4 (10 %)

## DISCUSION:

Ha sido preocupación tanto de ginecólogos como de pediatras, el bienestar de la madre , así como del producto en el embarazo en mujeres adolescentes.

En el presente trabajo se analizaron 40 casos de primigestas adolescentes y se compararon con primigestas mayores de 18 años.

Distribución por edad; la edad materna osciló entre 13 y 17 años, con un promedio de 15.25 años, observándose 45 % a los 17 años, un 30 % a los 16 años, 22 % a los 15 años y un 2.5 % a los 13 años. Se observa un incremento de embarazos a medida que aumenta la edad, lo cual es de esperarse, con una estabilización del aumento a los 17 años, lo que hace suponer que en este grupo de mujeres adolescentes su comportamiento reproductivo es comparable a las mayores de 18 años; entre mas joven es la mujer, menos factible es que se embarace, esto se explica por factores sociales y biológicos conocidos.

En el grupo control la edad comprendió entre 18 y 30 años, con un promedio de 24 años; un 17.5 % correspondió a 23 años de edad y el resto de la distribución por edad fué homogénea.

La estancia hospitalaria en el grupo de estudio osciló entre 1 y 6 días, con un promedio de 4 días, observándose que el 37.5 % estuvo dos días en hospitalización mientras que para el grupo control la hospitalización de dos días, correspondiendo al 60 %, lo que estableció una diferencia del 22.5 % la cual fué significativa con una  $P < 0.05$ , esta diferencia no se observó cuando se compararon los demás promedios de días de hospitalización, , esto nos muestra que el embarazo en las pacientes mayores de 18 años requiere de menor tiempo de hospitalización como ha sido reportado en la literatura.



La escolaridad en el Grupo de estudio fué primordialmente a nivel básico, encontrándose que más de la mitad (55 %) de ellas tuvieron educación primaria, siendo este nivel para el grupo control de solo el 7.5 %, lo que estableció una diferencia de 47.5 % con significancia estadística de  $p < 0.005$ , la educación a nivel preparatoria se encontró en el grupo de estudio de 12.5 % y en el 62.5 % en el grupo control, lo que estableció una diferencia del 50 % con significancia estadística de  $p > 0.005$ . Estos hechos nos muestran que el nivel de educación tiene una diferencia evidente, encontrándose como primer hecho que las adolescentes embarazadas han suspendido su educación ignorándose por la falta de datos si la suspensión ha sido secundaria a el embarazo, o si este hecho es secundario a la ignorancia y falta de preparación.

En relación al estado civil, se observó que la mitad de las pacientes adolescentes eran solteras, en comparación con el 2.5 % de solteras en el grupo de control, con una diferencia de 47.5 %, cuya significancia estadística correspondió a una  $p < 0.001$ , esta diferencia muestra el hecho de que la falta de apoyo de una relación marital estable podría repercutir en el desarrollo del embarazo, además de que también se plantea la posibilidad de que el embarazo en una parte importante de pacientes adolescentes se dió como un hecho no programado y probablemente de forma accidental con las consecuencias esperadas.

En el grupo problema se encontró que casi la mitad (47.5 %) no tenían actividad reconocida observándose por otro lado que el total de las pacientes control tenían una actividad fija, lo que nos dió una diferencia de 52 % con significancia a nivel de  $p < 0.001$ , llama la atención el hecho de que dentro del grupo de estudio una gran parte de las pacientes no estudiaban ni tampoco trabajaban, ni se dedicaban a ninguna actividad en forma regular, hecho que debería ser estudiado en otras investigaciones a fin de determinar cual es su significancia en la casuística de embarazo en la adolescencia.

Aunado a los hechos anteriores se observó que en forma predominante el nivel socioeconómico bajo fué característico de las pacientes con embarazo en la adolescencia encontrándose en nivel bajo el 60 % de e-

llas que contrasta con el 2.5 % del grupo control en donde además se encontró que el 27.5 % correspondió al nivel medio alto, nivel en el cual no se encontró a ninguna paciente del grupo de adolescentes, este hecho está correlacionado con los datos enunciados anteriormente en donde a los bajos niveles socioeconómicos se les agrega la mala educación y la falta de actividades organizadas regularmente, que sin lugar a duda repercutirá no solo en la posibilidad de que la paciente se embarace en edad temprana, sino que las posibilidades de que sea objeto de cuidados personales y de la consulta prenatal prácticamente no existen.

En relación a los hábitos, se observó que el tabaquismo estuvo presente en el 37.5 % de las pacientes del grupo de estudio y de 32.5 % en el control, cifras que no tuvieron diferencia significativa, no se encontró ningún otro tipo de toxicomanías aparentemente.

La edad de la menarca no tuvo diferencia significativa en ambos grupos y está acorde con lo reportado en la literatura mundial.

El inicio de la vida sexual en forma precoz parece ser un fenómeno social de nuestro tiempo, cada vez más jóvenes se deciden por una vida sexual activa, en nuestro universo el grupo de estudio se caracterizó por la presencia de un inicio en forma muy temprana a los 16 años que correspondió a dos años posteriores a la menarca, siendo evidente la diferencia cuando se comparó con el control, en donde el inicio se dió a los 23 años, si además consideramos el hecho de que en el grupo de adolescentes no existió ningún método anticonceptivo, siendo del 47.5% del grupo control quienes tuvieron algún método de control familiar, es obligado considerar la posibilidad de que el inicio de la vida sexual sea algo no programado, quizá accidental, ocasionado por el bajo nivel sociocultural ( ignorancia, hacinamiento, etc.) y por esta razón no se planificó la fertilidad, lo que obligaría a considerar que se trate de productos no deseados.

La presencia de complicaciones médicas agregadas ha sido reportada anteriormente considerandose las posibles causas a la falta de madurez orgánica de estas pacientes, la falta de detección y manejo temprano

por ausencia de control prenatal y la mala nutrición como causa de padecimientos específicos como son la toxemia del embarazo, estos hechos se corroboran en nuestras pacientes en donde se encontró una frecuencia para la toxemia de 42.5 % que está no solo muy por arriba de las pacientes control (15 %), sino además por arriba de lo reportado como frecuencia esperada para la población abierta en la literatura mundial, las causas de esta incidencia se explica por la edad materna al momento del embarazo, por el nivel socioeconómico y la falta de control prenatal. En el resto de las complicaciones no hubo diferencias significativas, en el 32.5 % de las adolescentes no hubo morbilidad, comparado con el 67.5 % del grupo control, con una diferencia del 35 % cuya significancia fué estadísticamente significativa con  $p < 0.05$ .

En relación a la edad gestacional, el método diagnóstico del embarazo y la vía de resolución no parecieron tener diferencia significativa en ambos grupos, la indicación de cesárea fué predominantemente por la presencia de toxemia en el grupo problema y por D.C.P. en el grupo control, hecho que llama la atención, ya que era de esperarse que la DCP fuera mas frecuente en un organismo, que aún no se ha desarrollado totalmente, sin embargo el haber interrumpido el embarazo por la presencia de toxemia implica la posibilidad de que no se considerara la presencia de D.C.P. en las pacientes adolescentes.

Durante mas de 30 años la calificación de Virginia Apgar (1953), al nacimiento ha sido una de las mas constantes y útiles mediciones para identificar de primera instancia el bienestar del R.N., para justificar una terapia de apoyo o para establecer inicialmente un pronóstico de salud neonatal. Una calificación de Apgar igual o mayor a 7 puntos es considerada normal y de buen pronóstico, la calificación alcanzada en nuestras pacientes fué mayor de 7 puntos en 95 % para ambos grupos, dato que no tuvo diferencia importante, de igual modo la determinación de peso al nacimiento no tuvo diferencias que señalar, sin embargo al analizar la edad por determinación de Ballard, se encontró un grupo de productos pretérmino (7.5 %) en las pacientes adolescentes y ninguna en las del grupo control, hecho para el cual no tenemos una explicación actualmente.

## CONCLUSIONES:

Concluimos que la gestación en las adolescentes es y debe ser considerada como un problema de salud pública y por lo tanto debe catalogarse como un EMBARAZO DE ALTO RIESGO, ya que como se apreciación en este estudio y de acuerdo con los otros autores, existe un aumento de la morbimortalidad Materno fetal y todo como un reflejo ante la falta de un adecuado desarrollo total orgánico en estas pacientes. Es importante hacer énfasis en que la mejor medida para prevenir complicaciones es disminuir su incidencia es el control prenatal adecuado. Como es sabido más que la edad de la madre, son otros factores agregados que condicionan en los pobres los embarazos en mujeres adolescentes como son el Nivel socioeconómico de nuestra población que es bajo y que por lo tanto existe una mala educación y orientación inadecuada hacia los jóvenes, sobre todo en educación sexual, como se observó en nuestro análisis donde el IVSA fue alrededor de los 15 años, coadyuvado por la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, ocasionando esto un buen número de madres solteras, que lleva a una ruptura de la integración familiar y por lo tanto paternidad irresponsable.

Por ello es necesario instalar medidas de prevención que coadyuven a disminuir este problema de salud pública, estableciéndose programas preventivos en Unidades Médicas de primer nivel (Centros de Salud) y Unidades de Medicina Familiar, sobre orientación e información a la población en general (audiovisuales) e incrementar los programas de planificación familiar para la adolescencia y educación sexual principalmente.

Debemos estar alerta en relación a la posibilidad de desarrollar Toxemia, la cual fue la complicación más frecuente, así como IVU anémica, etc., que son también causa rara de complicaciones.

En Unidades de 3er nivel (Hospital de Especialización y Medicina Perinatal) deben formarse programas de lo antes mencionado a nivel de Consulta Externa y formación de grupos problema, donde se comportan sus experiencias antes y después del parto a grupos de nuevos pacientes y el seguimiento al binomio madre e hijo.

**BIBIOGRAFIA:**

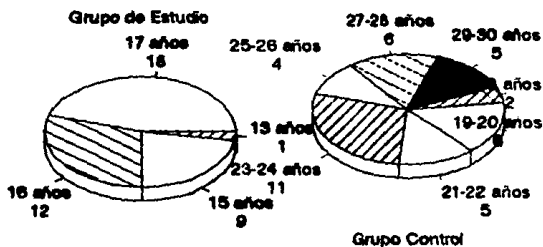
1. Ahued A: Atención obstétrica en la adolescencia  
Rev Inec Obstet Mex, 1978; 43: 3-6.
2. Boyd CJ: Obstetric in the very young adolescent  
Am J Obstet Gynecol, 1970; 108: 68-72.
3. Carruth B: Smoking and pregnancy out come of adolescent.  
J Odeolescent Health Cone, 1981; 2: 115-20.
4. Chavez-Azuela: Riesgo materno fetal de la paciente adolescente sometida a cirugía obstétrica.  
Rev Ginec Obstet Mex, 1978; 43: 405-13.
5. Foncerrada M: Aspectos Psicosociales relacionados con el embarazo en la adolescencia.  
Act Ginec Obstet (AMGO), 1975; 2: 835-52.
6. Guerrero S: El riesgo del embarazo en la paciente adolescente.  
Rev Ginec obstet Mex, 1975; 37: 120-28.
7. Herrera L: Embarazo en la adolescencia  
Rev Ginec Obstet Mex, 1980; 48: 59-68.
8. Kably Ambe A: Embarazo en la adolescencia  
Rev Ginec Obstet (AMGO), 1983; 50: 22-25.
9. Kreipe R: Early adolescent chilbearing  
J Adolescent Health, 1981; 2: 127-31.
10. Larios MH: Embarazo y parto en la adolescencia  
Act Ginecal (AMGO), 1975; 2: 795-804.
11. Romero S M: Embarazo, Parto RN en madres adolescentes  
Rev Chilena Ped, 1983; 54: 123-30.

12. Ruiz V: Cesárea en la adolescente  
Rev Ginec Obstet Mex, 1976; 4: 337-43.
13. Ruiz M: Problemas Obstétricos de la adolescentes  
Rev Ginec Obstet Mex, 1976; 4: 337-43.
14. Nadelson K: Conocimientos y actitudes sexuales de las adolescentes  
y relacion con el uso de anticonceptivos.  
Ginec Obstet Postgrad, 1980; 5: 369-377.
15. Schwab C: Hospital and University based adolescent pregnancy  
prevention program.  
J Reprod Mex, 1984; 29: 421-26.
16. Shen C: La adolescente embarazada y el aborto Med adolesc  
Cap xxxLV, El Manual Moderno; 1983: 352-67.
17. American Academy of Pediatrics: Embarazo en adolescentes  
Pediatrics, 1989; 27: 35-36.
18. Pedro y Uriza: Estudio de embarazo en adolescencia en 11  
Instituciones Colombianas.  
Rev Colomb Obstet Ginec, 1991; 42:109-121.
19. Berenson H: Bacteriologic Findings of Postcesarean: Endometritis en  
adolescent.  
Obstet Gynecol, 1990; 75: 627-629.
20. Danielle M: Twin pregnancy in adolescent  
Obstet Gynecol, 1990; 75: 172-174.
21. Hediger ML: Patterns of weight gain in adolescent pregnancy:  
Effects on Birth weight and preterm delivery.  
Obstet Gynecol, 1984, 74: 6-12.
22. Toro-Calzada RJ: Embarazo en adolescentes, comparación de  
complicaciones, peso, somatometria y calificación de Apgar en la  
población general.  
Ginec Obstet Mex. 1992; 60: 291-295.

23. **Ortiz-Sánchez: Embarazo en la adolescencia. Revisión de 840 casos clínicos.**  
**Ginec Obstet Mex, 1991; 59: 289-292.**
24. **Ledesma GG: Adolescente multigesta**  
**Rev Ginec Obstet Mex, 1991; 59: 30-31.**
25. **Sibai BM: Severe Preeclampsia in young primigravid, Subsecuente pregnancy outcome and remote prognosis.**  
**Am J Obstet Gynecol; 155: 1011.**

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

Distribución por edad Número de pacientes



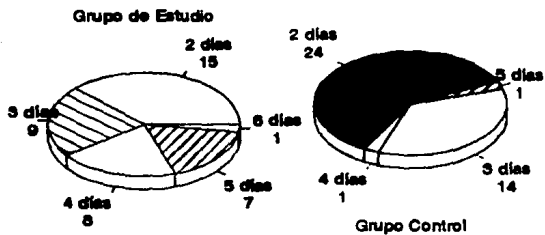
Gráfica 1

H.G.O. "L. C. A.", 1993



## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

### Estancia hospitalaria

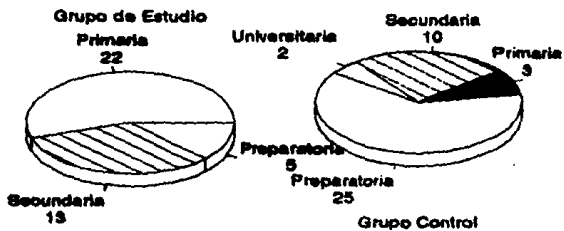


Gráfica 2

H.G.O. "L.C.A.", 1993

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

### Escolaridad

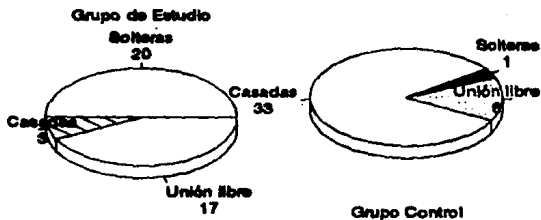


Gráfica 3

H.G.O. "L.C.A.", 1993

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

### Estado Civil

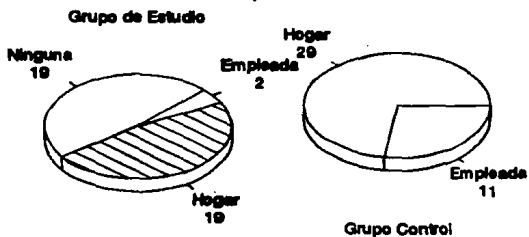


Gráfica 4

H.G.O. "L.C.A.", 1993

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

### Ocupación

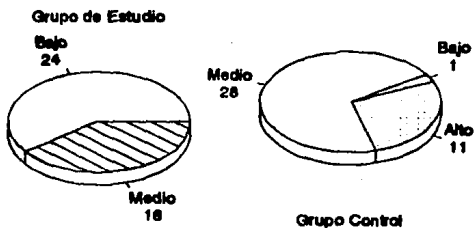


Gráfica 5

H.G.O. "L.C.A.", 1993

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

Nivel Socioeconómico



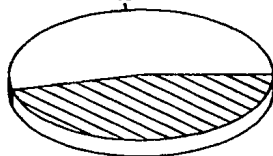
Gráfica 6

H.G.O. "L.C.A.", 1993

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

Hábitos: Tabaquismo

Gpo Estudio  
18



Gpo Control  
13

Gráfica 7

H.G.O. "L.C.A.", 1993

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

Edad de la menarca

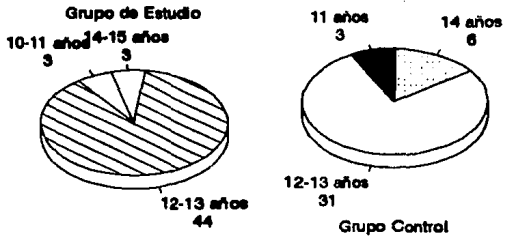
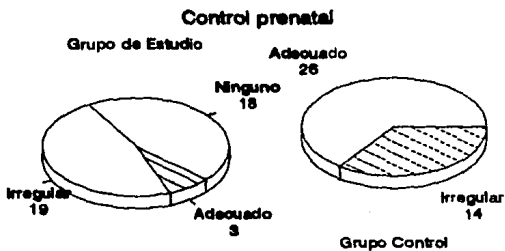


Gráfico 8

H.G.O. "L.C.A.", 1993

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE



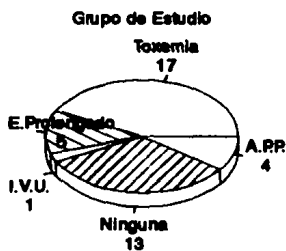
Gráfica 9

H.G.O. "L.C.A.", 1993

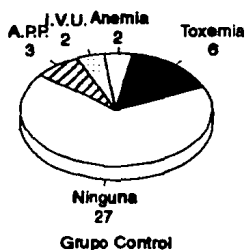


## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE

### Morbilidad Materna



Gráfica 10



H.G.O. "L.C.A.", 1993