



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217

134  
E

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO: PRIMIGESTA ADOLESCENTE Vs PRIMIGESTA AÑOSA

T E S I S

QUE PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

JORGE PELCASTRE DELGADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD

EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1994



MEXICO, D. F.

1992



## **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.

## COLABORADORES

•

Doctora

**PATRICIA ESPERON GUTIERREZ**  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

•

Doctora

**NANCY FERNANDEZ LUNA**  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PERINATOLOGIA

•••

Doctor

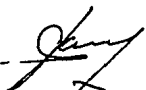
**ABDIEL ANTONIO OCAMPO**  
COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA


• HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

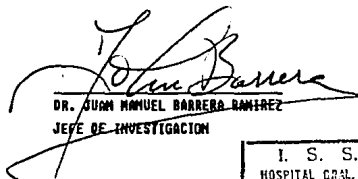
•• HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

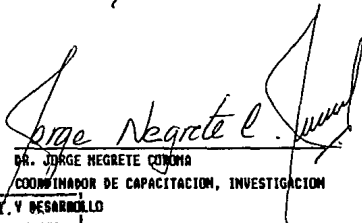
  
\_\_\_\_\_  
DR. PATRICIA ESPERON GUTIERREZ  
ASESOR

  
\_\_\_\_\_  
DR. NANCY FERNANDEZ LUMA  
COASESOR

  
\_\_\_\_\_  
DR. RAMON CAPIO SELTS  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

  
\_\_\_\_\_  
DR. RICARDO E. VAN PRATT MARQUEZ  
COORDINADOR DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

  
\_\_\_\_\_  
DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ  
JEFE DE INVESTIGACION

  
\_\_\_\_\_  
DR. JORGE NEGRETE CONOMA  
COORDINADOR DE CAPACITACION, INVESTIGACION

I. S. S. S. I. Y DESARROLLO  
HOSPITAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA  
SUBDIRECCION Y MEDICA  
\* DIC. 1 1999 \*  
JEFATURA DE ENSEÑANZA

DEDICATORIAS:

A MI HIJA:

Verónica Adriana Pelcastre Vázquez, ya que es el motivo más poderoso para que me siga superando.

A MI ESPOSA:

Juana Longoria Moctezuma, - por su sacrificio y por su gran apoyo moral que me brindó durante mi residencia.

A MIS ASESORES:

Dra. Patricia Esperón Gutiérrez y a la Dra. Nancy Fernández Luna, por el apoyo y orientación que me dieron para la elaboración de este estudio.

A MI COLABORADOR:

Dr. Abdiel Antonio Ocampo,  
con mi más profundo agradecimien-  
to por su valiosa y desinteresada  
colaboración, ya que me sim-  
plificó y facilitó la realiza-  
ción de este estudio.

Al Dr. Ricardo E. Van Pratt  
Márquez y al Dr. Ramón Carpio So-  
lís, por su gran apoyo que me --  
dieron y por la gran paciencia -  
que me tuvieron durante mi adies-  
tramiento.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

Por su gran apoyo y por los  
años de amistad sincera que me -  
han brindado, GRACIAS.

A MIS QUERIDOS HIJOS:

Por lo que digan y piensen  
de mí, que Dios se los multipli-  
que.

## I N D I C E:

- I.--INTRODUCCION.
- II.--JUSTIFICACION.
- III.--PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- IV.--PLANTEAMIENTO ESPECIFICO.
- V.--OBJETIVOS.
- VI.--MATERIAL Y METODOS.
- VII.--RESULTADOS.
- VIII.--DISCUSION.
- IX.--CONCLUSIONES.
- X.--ANEXOS.
- XI.--BIBLIOGRAFIA.

## I.-INTRODUCCION:

El Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas, - define la palabra "Primigesta" ó "Primigrávida" como: (del - Latín primum=primero y grávida=gestante) "mujer embarazada - por primera vez"; La palabra adolescencia significa: "Época que sigue a la infancia y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad, hasta que el individuo ha adquirido - toda su madurez psicofísica". Se denomina "Primigesta mayor o añosa", a la mujer que tiene su primera gestación a la edad de 35 años o más". (1).

La conducta y las actitudes sociales hacia el sexo, la sexualidad y la reproducción han cambiado históricamente conforme a la religión, épocas, regiones y sociedades. Por otro lado, el conocimiento de la reproducción surgido de las investigaciones proporciona constantemente nueva información - que apoya una interpretación más racional de tales procesos. El término "Educación sexual" no es de aparición reciente, lo da el Congreso Internacional de Higiene en el año de 1912, - concibiéndola como un área interdisciplinaria que extrae sus elementos de varias esferas como la educación, Biología, Medicina, Sociología, Psicología, Ética y Religión. Su función consiste en "Proveer información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en sus aspectos físicos, emocionales, sociales y psicológicos; que formen parte de la educación integral del individuo e inducir la información anatómica y fisiológica, enfatizando el desarrollo de las actitudes positivas que sirva de guía entre las relaciones. -- Con la finalidad de formar individuos responsables de su con



ducta sexual y de una integración satisfactoria de la sexualidad a su personalidad". En México aparecen en el año de -- 1975 los primeros libros de texto para escuelas primarias oficiales donde ya aparecen algunos contenidos de información sexual y es en 1976 cuando la Secretaría de Gobernación con sede en el Consejo Nacional de Población inicia el Programa Nacional de Educación Sexual. (2).

El embarazo en la adolescencia es un problema médico y un fenómeno social de importancia creciente. Una atención médica oportuna puede resolver el riesgo propio del embarazo, pero las carencias en esta etapa de la vida y la falta de recursos que manifiestan ciertos grupos sociales, pueden frustrar las expectativas de la madre y su hijo de tal forma que el embarazo en la adolescencia significará más un problema social que médico. Se ha considerado que el embarazo en la adolescencia es de alto riesgo porque en la mayor parte de éstos se ha detectado una más alta morbimortalidad materna y fetal. Es claro que en la adolescencia existen situaciones desfavorables para la maternidad: crecimiento incompleto, inmadurez emocional, educación limitada, ingresos económicos bajos y que es alta la posibilidad de embarazo, sobre todo en sociedades con predominio de jóvenes dentro de su pirámide poblacional, que son estimulados generalmente a través de la publicidad a relaciones sexuales sin compromiso de una paternidad responsable y en una etapa de su vida en que se despierta el natural interés por el sexo en un organismo precozmente maduro por la presentación de una menarca cada vez más temprana. (3, 4).

El embarazo de las adolescentes ocurre en todos los -- grupos sociales, económicos, raciales y étnicos. Datos de -- países europeos como Hungría, Rumanía, Checoslovaquia, Polonia y este de Austria, reportan una incidencia general del -- 40% de embarazos en adolescentes con límite de edad de 18 años y enfatizan el hecho de que cuando las adolescentes se a grupan por edades, aparecen diferencias marcadas en la incidencia de prematuridad. En estudios efectuados en los E.U.A., se ha visto que en diez años, el incremento de embarazos en pacientes jóvenes adolescentes ha sido del 300%, lo mismo su cede en Europa Occidental y sin lugar a dudas, está presente en Latinoamérica quizá con un porcentaje más elevado, es por esta razón que la atención obstétrica de la adolescente en -- países en vías de desarrollo, tiene especial interés por la alta frecuencia con que se inicia a temprana edad la reproducción. Actualmente en México más del 20% de la población -- general de embarazadas son adolescentes, por lo que el estudio de la gestación y su desenlace en este sector es muy importante y ha atraído dramáticamente la atención a esta población. Los factores que anteceden en la ocurrencia del embarazo en la adolescente son determinantes y constituyen uno de los problemas de la sociedad contemporánea pues entrañan mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social. El momento de la menarca se relaciona con el peso corporal y -- con otros aspectos de orden nutricional y no es raro que el embarazo ocurra en muchachas con estado nutricional deficiente. La revisión de la literatura relacionada a las complicaciones del embarazo en la adolescente, muestran resultados --

consistentemente pobres, ,particularmente para aquellas por a bajo de 15 años de edad. Por otra parte, el embarazo en esta etapa de la vida, se ha cosiderado que lleva consigo mayores riesgos tanto para la futura madre como para el producto de la gestación, ya que se ha reportado una mayor incidencia de distocias, enfermedades infecciosas, amenaza de parto pretérmino, RPM, prematuréz, toxemia del embarazo, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, sangrado postparto, traumutismo sobre el canal blando del parto, malformaciones congénitas, etc., es decir, una mayor morbimortalidad maternofetal, lo que automáticamente condiciona que la gestación en estas jóvenes debe considerarse como de riesgo elevado. Como el crecimiento rápido de la adolescente continúa unos tres años después de la menarca, el embarazo en esta época tiene - que entablar una competencia con las necesidades del crecimiento de la gestante. (5, 6, 7, 8).

De acuerdo a la literatura mundial, la mayor parte de - los autores coincide en que la mujer que se encuentra en la tercera década de la vida, está en el periodo de riesgo mínimo obstétrico, ya que las condiciones biopsicosociales son - favorables para llevar a feliz término un embarazo. (9).

La relación de la madre con su hijo no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento. Todos los padres desarrollan algunos impresiones acerca del hijo - que aún no ha nacido durante el crecimiento intrauterino de éste. Aunque se trata de un proceso continuo, resulta útil - dividir el embarazo en varios estudios, cada uno de ellos -- con sus características psicológicas específicas propias (10).

Los patrones cambiantes de la conducta reproductiva en los Estados Unidos han convertido en una consideración importante el pronóstico del embarazo a los 35 años de edad en el este de Manhattan donde las pacientes tienden a ser blancas, casadas, universitarias y de estratos socioeconómicos altos más a menudo que sus contrapartidas más jóvenes. Ésto indica que aquí nada puede decirse acerca del efecto de la edad per se. Más precisamente, las respuestas que los autores ofrecen corresponden a los riesgos de las mujeres blancas exitosas y bien educadas, en comparación con las mujeres más jóvenes y menos favorecidas económicamente. Dadas esas limitaciones no insignificantes, los resultados son reconfortantes para esas mujeres. No hay aumento en el índice de nacimientos prematuros, bajos puntajes de apgar, ni muerte fetal neonatal temprana ni tardía a partir de esta comparación. Los estragos del tiempo se observaron en una mayor incidencia de enfermedad hipertensiva, diabetes y hemorragia del tercer trimestre. Apareció un riesgo aumentado de lactantes pequeños para la edad gestacional y un índice más elevado de intervenciones cesáreas en el grupo mayor de 35 años. Cada vez se torna más evidente que cuando las cuestiones del acceso y el pago de asistencia de la salud carecen relativamente de importancia, el riesgo aumentado de complicaciones médicas en las mujeres embarazadas mayores de 35 años por lo común puede manejarse de manera satisfactoria y los neonatos no corren un riesgo significativamente aumentado. Debemos tener cuidado en proyectar estos resultados a grupos de mujeres menos favorecidas económicamente. (II, I2, I3, I4).

El empleo de nuevas técnicas que permiten valorar el bienestar fetal y la posibilidad de detectar enfermedades genéticas y anomalías congénitas, ha dado lugar al diagnóstico prenatal, el cual desde 1960, ha mostrado un avance rápido e impresionante, no solo en el incremento de pacientes estudiadas, sino también en el diagnóstico antes de la semana 20 de gestación de todos los fetos con cromosomopatías (Síndrome de Down), alrededor de 120 padecimientos monogénicos y un buen número de malformaciones congénitas de tipo multifactorial como los defectos de cierre del tubo neural (DCTN). Actualmente los métodos para detectar anomalías en el producto y los estudios genéticos se ofrecen solo a las pacientes consideradas de alto riesgo (mayores de 35 años, antecedente de hijo malformado, o historia familiar de estas anomalías). (15).

## II.-JUSTIFICACION:

El embarazo durante la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales, tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, son las menores de 15 años, las que tienen más riesgo. Algunos de estos riesgos reflejen la inmadurez física y psicosocial de la adolescente, ya que al reto, que el embarazo y la maternidad representa para el desarrollo personal de cualquier mujer, se suma el de la adolescencia. Esta es en sí, una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Sin embargo, otro de los riesgos a que se expone la adolescente embarazada y su hijo, no necesariamente dependen de la edad materna en sí, sino que puede reflejar una serie de condiciones tanto de salud, como sociales, económicas y psicológicas que atribuyeron a la sexualidad precoz y desprotegida de estos jóvenes. Es quizá la convergencia de ambos tipos de riesgo, tanto los que son inherentes al embarazo durante la adolescencia como los que se asocian a este fenómeno, lo que hace tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes obstétricas.

Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo y maternidad durante la adolescencia, pueden resumirse bajo dos grandes rubros: Aquellas que impactan a la salud, el crecimiento y desarrollo del niño y las que corresponden al desarrollo personal y vida futuro de la propia adolescente.

Existen varios reportes que indican que los hijos de ma dres adolescentes presentan con mayor frecuencia, problemas de salud, nutrición inadecuada, infecciones, accidentes y -- muerte súbita. Así mismo se han observado problemas en térmi no de rendimiento intelectual no tanto como en la primera in fancia sino de edades posteriores. En el área socioafectiva, los hijos de madres adolescentes presentan varios problemas, entre los cuales figuran, mayor agresividad, impulsividad, y problemas de atención.

Para la propia adolescente, el embarazo está asociado - con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios y de mayor dependencia económica. Entre más joven es la adolescente cuando nace su primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores y menor el - intervalo intergenésico, por lo que las consecuencias socioe conómicas suelen ser más drásticas. A nivel psicosocial también pueden existir consecuencias negativas, en términos de reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e isatisfacción personal. En el caso de la adolescente que - se une con el padre de su hijo a raíz del embarazo, existe - un mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio, que en parejas más maduras.

Aún cuando estas consecuencias sean comunes en las dife rentes poblaciones estudiadas, no todos los binomios las pa decen. Diversos factores han sido estudiados como posibles - condicionantes del futuro del niño y de la adolescente, las cuales hemos resumido en cuatro rubros generales: eventos p rinatales, condiciones socioeconómicas, características psi cológicas y apoyos familiares e interpersonales.

Por otro lado tenemos a la paciente también primigesta, pero no a la adolescente, sino a la primigesta adulta, aquella que ha completado su desarrollo tanto físico como psíquico. De esta manera tenemos que la edad de la paciente juega un papel importante en el establecimiento de un problema médico, ésto es cierto en la Obstetricia y en otras ramas de la Medicina. Hay diferencias tanto maternas como fetales entre el embarazo de una mujer de la tercera década de la vida y mujeres muy jóvenes o en pacientes sobre los 35 años de edad.

En relación a la edad de la madre primigesta, tiene una importancia fundamental, pues si bien es cierto que las pacientes adolescentes presentan una serie de complicaciones -- descritas con antelación y confirmadas por diferentes autores, tenemos que las primigestas de edad avanzada o añosas, presentan una mortalidad perinatal dos veces mayor que las primeras, lo que hace que automáticamente se les clasifique a ambos tipos de pacientes dentro del grupo de "Embarazo de Alto Riesgo"; término de reconocimiento relativamente reciente. Con respecto a las complicaciones del embarazo de la primigesta añosa, como son la enfermedad cardiovascular hipertensiva crónica, enfermedades degenerativas, Síndrome de -- Down, etc., una prevención y un tratamiento obstétrico adecuado será muy útil, pero los datos estadísticos demuestran que en primigestas mayores a pesar de un tratamiento excelente, continúan presentando la misma mortalidad perinatal en -- relación a las primigestas con menos de treinta años de edad.



### III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existirán más complicaciones en la evolución y resolución del evento obstétrico en las primigestas adolescentes - que en las primigestas añosas?.

### IV.-PLANTEAMIENTO ESPECIFICO:

#### A).-HIPOTESIS:

La evolución y resolución del evento obstétrico en la primigesta adolescente presenta mayor número de complicaciones que la primigesta añosa.

#### B).-HIPOTESIS ESPECIFICAS:

- 1.-La presencia de parto distócico es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 2.-La presencia de amenaza de parto pretérmino es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 3.-La presencia de ruptura prematura de membranas es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 4.-La presencia de preeclampsia-eclampsia es mayor en las nulíparas y en los extremos de la vida reproductiva.
- 5.-La presencia de anemia es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.

### V.-OBJETIVOS:

#### A).-OBJETIVO GENERAL:

Demostrar que la evolución y resolución del evento obstétrico en la paciente primigesta adolescente presenta mayores complicaciones que la paciente primigesta añosa.

**B).-OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1.-Demostrar que la presencia de parto distócico es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 2.-Demostrar que la presencia de amenaza de parto pretérmino es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 3.-Demostrar que la presencia de ruptura prematura de membranas (RPM), es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 4.-Demostrar que la presencia de preeclampsia-eclampsia es mayor en nulíparas y en los extremos de la vida reproductiva.
- 5.-Demostrar que la presencia de anemia es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.

**VI.-MATERIAL Y METODOS:****A).-DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Es un estudio prospectivo, observacional y comparativo.

**B).-UNIVERSO DE TRABAJO:**

Se estudiaron 137 (ciento treinta y siete) pacientes -- primigestas en trabajo de parto, las cuales ingresaron a través del servicio de Admisión de la Unidad Tocoquirúrgica del "Hospital Regional General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el periodo comprendido del 1.º de enero al 15 de octubre de 1992. Las cuales se dividieron en tres grupos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos: Grupo I 50 pacientes primigestas adolescentes; Grupo II.-50 pacientes primigestas adultas; Grupo III.- 37 pacientes primigestas añosas.

**C).-DESCRIPCION DE VARIABLES:**

**a).-DE ACUERDO A LA METODOLOGIA:**

- 1.-Variable independiente.-Embarazo de término en primigestas adolescentes, adultas y añosas.**
- 2.-Variable dependiente.-Evolución y resolución del evento obstétrico.**

**b).-DESCRIPCION OPERATIVA DE VARIABLES:**

**1.-Variable independiente:**

- 1.1.-Embarazo de término.-Es aquel que va de la 37 a la 42 - semanas diagnosticado clínicamente, por ultrasonografía obstétrica y por pruebas de madurez pulmonar fetal a -- través del líquido amniótico obtenido por amniocentesis.**
- 1.2.-Primigesta adolescente.-Paciente que cursa con su primer embarazo de término con edad menor de 18 años.**
- 1.3.-Primigesta adulta.-Paciente que cursa con su primer embarazo de término con edad comprendida entre los 18 y - 34 años.**
- 1.4.-Primigesta añosa.-Paciente que cursa con su primer emba razo de término con edad mayor de 35 años.**

**2.-Variable dependiente:**

- 2.1.-Evolución del evento obstétrico.-Es la forma como se -- comporta el embarazo desde que se inicia hasta que co-- mienza el trabajo de parto, tomando en cuenta sus com-- plicaciones como son: Amenaza de parto pretérmino, RPM, preeclampsia, anemia etc.**
- 2.2.-Resolución del evento obstétrico.-es la forma como con-- cluye el embarazo, ya sea por parto eutócico o distócico (cesárea, fórceps etc).**

**D).-SELECCION DE LA MUESTRA:****a).-CRITERIOS DE SELECCION:****1.-Criterios de inclusión:**

- I.1.-Que tengan embarazo de término.
- I.2.-Que se encuentren en trabajo de parto. ,
- I.3.-Que tengan amenaza de parto pretérmino, no útero-inhibibles por tener un índice tocolítico alto, o que no respondan a la útero-inhibición.
- I.4.-Que tengan ruptura prematura de membranas (RPM).
- I.5.-Que cursen con preeclampsia.
- I.6.-Que cuenten con exámenes de laboratorio principalmente Hb, Hto, fórmula blanca, perfil toxémico, química sanguínea, EGO, etc.

**2.-Criterios de NO inclusión:**

- 2.1.-Pacientes embarazadas que no sean primigestas.
- 2.2.-Que no cuenten con exámenes de laboratorio.
- 2.3.-Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- 2.4.-Pacientes primigestas que ingresen con muerte intrauterina.

**3.-Criterios de exclusión:**

- 3.1.-Pacientes que se trasladen a otra unidad hospitalaria.
- 3.2.-Pacientes primigestas con amenaza de parto pretérmino a las cuales se les pueda útero-inhibir por tener un índice tocolítico bajo y en las cuales no esté indicada la interrupción del embarazo por ninguna vía.
- 3.3.-Pacientes primigestas que presenten muerte intrauterina durante la realización del estudio.

## RESULTADOS:

Se estudiaron 137 pacientes primigestas divididas en tres grupos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos: Grupo I cincuenta pacientes menores de 18 años (primigestas adolescentes) con edad ( $\bar{X} \pm DE$ ) de  $17.08 \pm 1.8$  años; peso de  $65.1 \pm 3$  Kg y talla de  $156.8 \pm 4.5$  cms. -- Grupo II cincuenta pacientes de 18 a 34 años de edad (primigestas adultas) con edad promedio de  $25.46 \pm 4.32$  años; peso de  $71 \pm 5.28$  Kg y talla de  $157.8 \pm 4.04$  cms; Grupo III treinta y siete pacientes mayores de 35 años (primigestas añosas) con edad promedio de  $36.6 \pm 1.8$  años de edad; peso de  $74.0 \pm 4.49$  Kg y talla de  $159 \pm 3.28$  cms (cuadro No. I).

En relación a la resolución del evento obstétrico, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos I y II con respecto al parto eutócico, mostrando una diferencia significativa en relación a este evento para el grupo III -- con respecto al grupo I y II ( $\chi^2$  12.689  $p < 0.05$ ). De los -- partos distócicos, 7 fueron resueltos con la aplicación de -- fórceps, sin encontrar diferencias significativas entre los tres grupos. Con respecto a la interrupción del embarazo por vía abdominal, se observó un incremento significativo para -- el grupo III ( $\chi^2$  11.59  $p < 0.05$ ) con respecto al grupo I y -- II, los cuales no mostraron diferencias (fig 1).

La presencia de embarazo de pretérmino fué similar en -- los tres grupos. La preeclampsia mostró un incremento significativo para el grupo mayor de 35 años con una probabilidad exacta de Fisher de 0.05 y la presencia de ruptura prematura de membranas (RPM) mostró un incremento significativo para -- el grupo menor de 18 años. (fig 2).

La presencia de anemia fué significativamente mayor en el grupo menor de 18 años con una  $\chi^2$  4.44  $p < 0.03$  (fig 3).

Con respecto al estado civil, el grupo de 18-34 años -- mostró una diferencia significativa con respecto a los grupos I y II, predominando el estado civil casada con una  $\chi^2 = 6.8$   $p < 0.008$  (fig. 4).

Desde el punto de vista de la ocupación, el grupo I muestra una diferencia significativa, teniendo como ocupación el hogar con respecto a los grupos II y III los cuales tienen empleo; por otra parte las pacientes del grupo I y II muestran un aumento significativo con respecto a su educación como es tudiante. (fig. 5).

### VIII.-DISCUSION:

El estudio de la evolución y resolución del evento obstétrico, tiene un enfoque multifactorial que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos. En el presente estudio, se consideraron los factores más comunes en nuestro medio como: Eutocias, distocias, amenaza de parto pretérmino, RPM, preeclampsia-eclampsia, sangrado del tercer trimestre, anemia y algunos aspectos sociales como ocupación. - Dichos aspectos en conjunto pueden tener relación con la buena y/o mala evolución de los fenómenos que ocurren durante el tercer trimestre del embarazo.

Se ha reportado que la edad es uno de los factores fundamentales para la culminación del embarazo, por lo cual se han categorizado grupos de edad en las mujeres embarazadas, resultando tres: Grupo I menores de 18 años; Grupo II de 18-34 años y Grupo III mayores de 35 años; Dicha clasificación fué utilizada en nuestro estudio.

Tomando como punto de partida los grupos de edad, observamos en el resultado de nuestro estudio, que las pacientes mayores de 35 años presentan más distocias que los otros dos grupos, lo que concuerda con la literatura, en la cual las pacientes mayores de 35 años tienen un índice más elevado de intervención de cesáreas que los otros grupos de edad, considerando a la cesárea como resolución del evento obstétrico de manera distócica.(6, 12, 13).

En relación a la amenaza y/o al parto pretérmino, se ha reportado un porcentaje mayor en las primigestas menores de 18 años (7); En el presente estudio se observa un incremento no significativo en este mismo grupo de pacientes, probablemente ésto sea debido a la atención prenatal oportuna.

Se ha demostrado que la preeclampsia-eclampsia se presenta con mayor frecuencia en nulíparas y en los extremos de la vida reproductiva (14). El presente estudio concuerda con la literatura, en relación a que se presentó un aumento significativo de esta patología en las pacientes mayores de 35 años.

Por otro lado la ruptura prematura de membranas fué mayor en el grupo menor de 18 años, dicho resultado ha sido reportado por otros autores (8).

La presencia de anemia durante el embarazo es igual para todos los grupos de edad, dicho evento es debido principalmente a factores pluricausales; En la presente serie encontramos que la anemia se presenta principalmente en las pacientes menores de 18 y mayores de 35 años de edad, lo cual puede estar asociado a otros factores como el estado civil y la escolaridad.



## IX.-CONCLUSIONES:

- 1.-La evolución y resolución del evento obstétrico está relacionado de manera directa con la edad. Se demostró que -- los grupos extremos (menores de 18 y mayores de 35 años -- de edad), presentan mayores complicaciones que en el grupo de 18 a 34 años.
- 2.-Se observó que la angustia (manifestada por ansiedad y temor) durante el trabajo de parto, principalmente de las -- primigestas adolescentes, las llevó a un mayor número de distocias y las pacientes que conservaron la tranquilidad durante el mismo, terminaron en un mayor número de euto-- cias. Desgraciadamente la variable psicológica no se puede medir gráficamente, además de que no contamos con Tests psicológicos especiales.
- 3.-Durante el puerperio la complicación que más se exacerbó fué la anemia, lógicamente a consecuencia del sangrado fisiológico al momento del parto.
- 4.-Algunas medidas que se recomiendan para evitar el mayor -- número de complicaciones en la evolución y resolución del evento obstétrico en las primigestas adolescentes y añosa-- sas son:
  - 4.1.-Concientizar al personal médico y paramédico: --- para que brinden un mejor servicio, pues el incremento en el porcentaje de ingresos de primigestas de alto riesgo, principalmente de adolescentes, se ha elevado en las dos últimas décadas,
  - 4.2.-Crear una Clínica de la Primigesta de Alto Riesgo (A dolescente y añosa) con la finalidad de brindarles --

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA<sup>19</sup>**

- un mejor control prenatal y evitar las complicaciones durante el embarazo.
- 4.3.-Con un mejor cuidado prenatal, aunado a esto una mejor vigilancia durante el trabajo de parto en primigestas principalmente las adolescentes (ya que tienen un mayor porcentaje de eutocias en comparación con las añosas), descendería considerablemente el número tan elevado de partos distócicos.
- 4.4.-Por último, seguir insistiendo en el uso de una buena y oportuna analgesia obstétrica durante el trabajo de parto, ya que como se ha comprobado por diferentes autores, el dolor es un factor determinante en la producción de distocias y al abolirlo, cede la angustia de estas pacientes trayendo como consecuencia una satisfactoria y feliz resolución del evento obstétrico.

"CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS"

"EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO EN LA PACIENTE PRIMIGESTA VS. PRIMIGESTA AÑOSA.

## I.-DATOS PERSONALES:

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

## LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

## II.-PERFIL PSICOLOGICO DE LA PACIENTE PRIMIGESTA:

EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ ¿CON QUIEN VIVE? \_\_\_\_\_

# DE PERSONAS QUE HABITAN EN SU DOMICILIO \_\_\_\_\_

NIVEL SOCIOECONOMICO \_\_\_\_\_ CONFLICTOS FAMILIARES: PA-

DRES DIVORCIADOS \_\_\_\_\_ RECHAZO FAMILIAR \_\_\_\_\_

OTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

DEPRESION \_\_\_\_\_ CAUSA O MOTIVO DEL EMBARAZO \_\_\_\_\_

¿NO PLANEADO? \_\_\_\_\_ ¿PLANEADO? \_\_\_\_\_ ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

INDIFERENTE \_\_\_\_\_ USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS \_\_\_\_\_

¿FALLARON? \_\_\_\_\_ ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE MANIOBRAS ABORTIVAS \_\_\_\_\_

¿LO PENSÓ? \_\_\_\_\_ ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

¿LO REALIZÓ? \_\_\_\_\_ ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

TOXICOMANIAS \_\_\_\_\_ ETILISMO \_\_\_\_\_

III.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_IV.-COMPLICACIONES DE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO:  
AMENAZA DE ABORTO \_\_\_\_\_ AMENAZA DE PARTO \_\_\_\_\_  
PRETERMINO \_\_\_\_\_ TOXEMIA \_\_\_\_\_

PLACENTA PREVIA \_\_\_\_\_ RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS \_\_\_\_\_

ANEMIA \_\_\_\_\_

IVU \_\_\_\_\_

CONTROL PRENATAL \_\_\_\_\_ CUANTAS VECES \_\_\_\_\_

OTRA \_\_\_\_\_

## V.-ACTITUD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:

NEUROSIS: CRISIS CONVERSIVA \_\_\_\_\_

EDO. DEPRESIVO \_\_\_\_\_ ACTITUD: SERENA \_\_\_\_\_

COOPERADORA \_\_\_\_\_ NO COOPERADORA \_\_\_\_\_

AGRESION \_\_\_\_\_ TENSION EMOCIONAL \_\_\_\_\_

UMBRAL DEL DOLOR: ALTO \_\_\_\_\_ BAJO \_\_\_\_\_

## VI.-FORMA DE TERMINACION DEL EVENTO OBSTETRICO:

ABORTO(SFMANAS) \_\_\_\_\_ CAUSAS \_\_\_\_\_

PARTO EUTOCICO \_\_\_\_\_ P. DISTOCICO \_\_\_\_\_ ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

P. PRETERMINO \_\_\_\_\_ ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

CESAREA \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_ FORCEPS \_\_\_\_\_

CAUSA \_\_\_\_\_ COMPLICACIONES: HIPOTONIA \_\_\_\_\_

ATONIA \_\_\_\_\_ HEMORRAGIAS \_\_\_\_\_ DEBGARROS \_\_\_\_\_

## VII.-COMPLICACIONES DEL PUERPERIO:

INMEDIATO \_\_\_\_\_ MEDIATO \_\_\_\_\_

TARDIO \_\_\_\_\_ HEMORRAGIAS \_\_\_\_\_

INFECCION \_\_\_\_\_ DEHISCENCIA DE HE \_\_\_\_\_

RIDA CUIRURGICA \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

## VIII.-CONDICIONES DEL PRODUCTO:

SEXO \_\_\_\_\_ APGAR: AL MINUTO \_\_\_\_\_ 5 MINUTOS \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

EUTROFICO \_\_\_\_\_ HIPOTROFICO \_\_\_\_\_

OBITO \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_ MUERTE NEONA \_\_\_\_\_

TAL \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_ MALFORMACIONES \_\_\_\_\_

CONGENITAS \_\_\_\_\_ SINDROME DE ASPIRACION DE MECO \_\_\_\_\_

NIO \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

IX.-FORMA DE PENSAR DE LA PACIENTE DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Cuadro I.

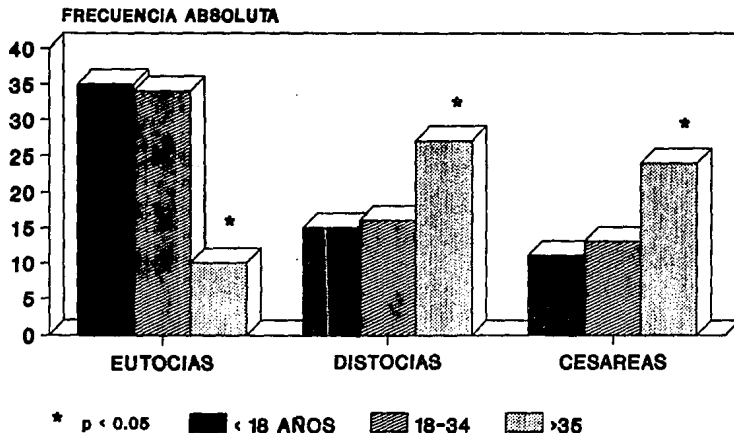
### EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO: PRINIGESTA ADOLESCENTE Vs PRINIGESTA ANOSA

#### CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

GRUPOS	EDAD	n
PRINIGESTAS ADOLESCENTES	< 18 AÑOS	50
PRINIGESTAS ADULTAS	18 - 34 AÑOS	50
PRINIGESTAS ANOSAS	> 35 AÑOS	37

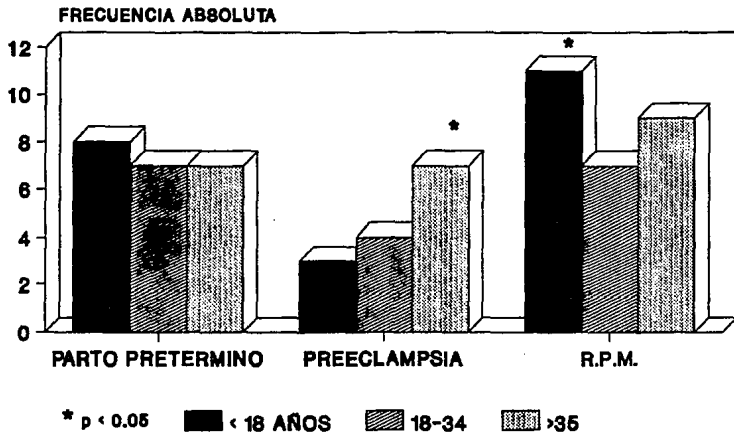
FUENTE. HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA  
I S S T E.

## EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO. PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS. PRIMIGESTA AÑOSA



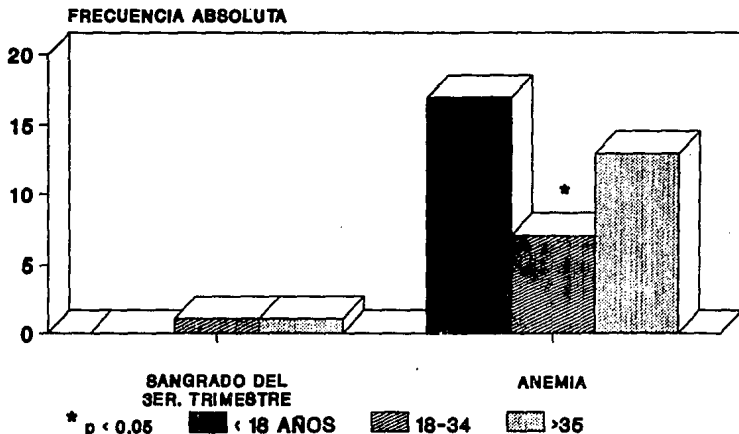
FUENTE: HOSPITAL REGIONAL  
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" 1888TE 1992.  
FIGURA 1.

## EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO. PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS. PRIMIGESTA AÑOSA



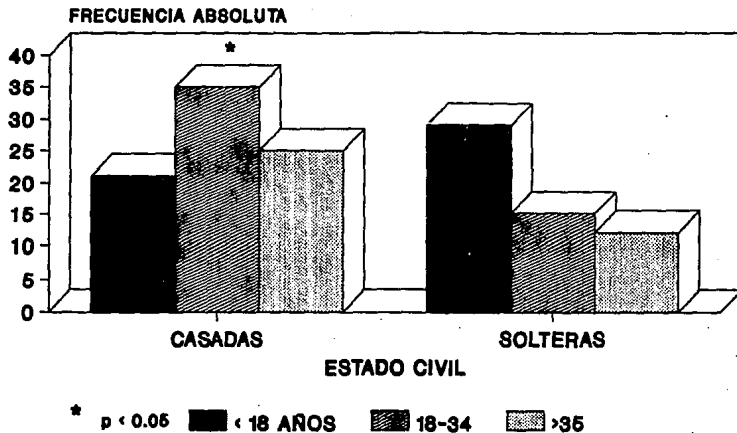
FUENTE: HOSPITAL REGIONAL  
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" 1888TE 1992.  
FIGURA 2.

## EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO. PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS. PRIMIGESTA AÑOSA



FUENTE: HOSPITAL REGIONAL  
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" 1898TE 1992.  
FIGURA 3.

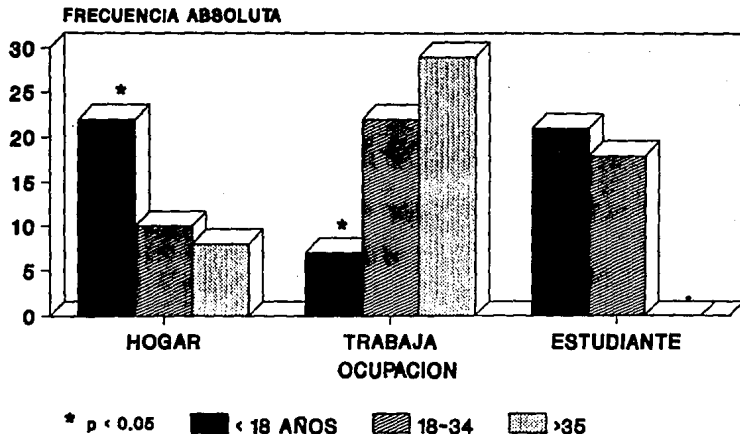
## EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO. PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS. PRIMIGESTA AÑOSA



FUENTE: HOSPITAL REGIONAL  
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" 1888TE 1992.  
FIGURA 4.



## EVOLUCION Y RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO. PRIMIGESTA ADOLESCENTE VS. PRIMIGESTA AÑOSA



FUENTE: HOSPITAL REGIONAL  
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" 1888TE 1992.  
FIGURA 6.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Diccionario Terminológico de las Ciencias médicas. Salvat I2a Edic Barcelona Esp 1985
- 2.-Ortigosa CE, Cortés HE, Garnica RL; SEXUALIDAD Y REPRODUCCION. Ginec Obstet Mex 1991; 59: 293-8
- 3.-Ortiz SE: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Ginec Obstet Mex - 1991; 289,292
- 4.-Queenan JT; ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Manual Moderno Mex 2a edic 1989
- 5.-Atkin ZL, Givaudan MM: PERFIL PSICOSOCIAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA MEXICANA. Temas Selectos en Reproducción Humana INPer 1989; I23,133
- 6.-Eliot IS: FACTORS RELATED TO THE INCREASING CESAREAN SECTION RATES FOR CEPHALOPELVIC DISPROPORTION. Am J Obstet Gynecol 1986; 154:1095-8
- 7.-Pérez SJ: FACTIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL PARTO PRETERMINO Curso teórico sobre Obstetricia y Perinatología en el primer nivel de la atención médica Asoc.Mex Ginec Obstet 1989 31-7
- 8.-Ángeles WCD: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL EMBARAZO MENOR DE 35 SEMANAS. Curso Actualización en Ginecología y Obstetricia IX Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Fed Mex Asoc Ginec Obstet 1986; 24,33
- 9.-Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF: WILLIAMS OBSTETRICIA 3a edic 2a reimp 1987
- 10.-Niswander KR: MANUAL DE OBSTETRICIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 3a edic 1990; 213,233

- 11.-Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL: CON  
CERCIÓN TARDIA Y PRONOSTICO PARA EL EMBARAZO. N Engl Med  
1990 322: 659,664
- 12.-Boylan P, Frankowski R, Rountree R, Selwyn B: EFFECT OF -  
ACTIVE MANAGEMENT OF LABOR ON THE INCIDENCE OF CESAREAN  
SECTION FOR DYSTOCIA IN NULLIPARAS. Am J Perinat 1991;  
Vol 8 No 6: 373-8
- 13.-Teteris NJ: EFFECT OF ACTIVE MANAGEMENT OF LABOR ON THE  
INCIDENCE OF CESAREAN SECTION FOR DYSTOCIA IN NULLIPARAS. .  
Am J Perinat 1991 Vol 8 No 6: 421
- 14.-Gleicher N, Boler LR Jr, Norusis M, Granada A: HYPERTEN-  
SIVE DISEASES OF PREGNANCY AND PARITY. Am J Obstet Gyne-  
col 1986; 154: 1044-9
- 15.-Carreras PJJ, Silva MJM, Violante DM, Cerrillo HM, Ahued  
AR: PROPUESTA DE VALORES NORMALES DE ALFA FETOPROTEINA(A  
FP) EN SUERO MATERNO PARA LA DETECCION DE DEFECTOS EN EL  
CIERRE DEL TUBO NEURAL (DCTN) Y SINDROME DE DOWN (SD). -  
Ginec Obstet Mex 1991 59: 261-4