

140
11217
24

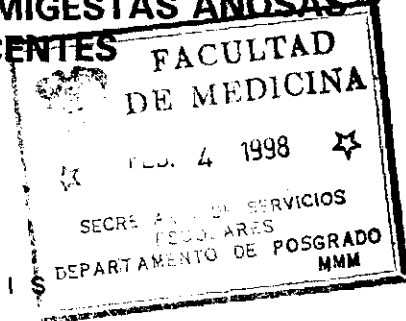


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

S. S. A.
"HOSPITAL DE LA MUJER"
DEPTO. DE ENSEÑANZA MEDICA

HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUD

**ESTUDIO COMPARATIVO EN LA EVOLUCION
Y RESOLUCION DEL EVENTO
OBSTETRICO ENTRE PRIMIGESTAS AÑOSAS Y
ADOLESCENTES**



T E S I S

QUE PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

SERGIO ARTURO RIVERA HERMOSILLO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D.F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

259152



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.

DR. LUIS E. BATRES MACIEL
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

ASESOR
DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA
SUBJEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

COASESOR
DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO
COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI IMSS

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

TRANQUILINO Y AURORA , POR SU CARINO , SU APOYO Y LO MAS IMPORTANTE
QUE GULA MI EXISTENCIA : SU EJEMPLO.

A MI HERMANO

CARLOS EDUARDO , POR LOS CONSEJOS Y EL APOYO QUE SIEMPRE ME BRINDA.

A MI HIJA

ANA GABRIELA , POR SER LA ALEGRIA DE MI VIDA Y EL MAYOR MOTIVO PARA
SUPERARME.

A MI ESPOSA

MARIA DEL ROCIO , POR LOS SACRIFICIOS DURANTE ESTOS AÑOS POR NUESTRA
SUPERACION.

A MI ASESORA

DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA , POR SU ORIENTACION EN LA
ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

A MI COASESOR

DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO , POR SU AMISTAD Y PROFESIONALISMO AL
GUIARME EN LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

TRANQUILINO Y AURORA , POR SU CARINO , SU APOYO Y LO MAS IMPORTANTE
QUE GULA MI EXISTENCIA : SU EJEMPLO.

A MI HERMANO

CARLOS EDUARDO , POR LOS CONSEJOS Y EL APOYO QUE SIEMPRE ME BRINDA.

A MI HIJA

ANA GABRIELA , POR SER LA ALEGRIA DE MI VIDA Y EL MAYOR MOTIVO PARA
SUPERARME.

A MI ESPOSA

MARIA DEL ROCIO , POR LOS SACRIFICIOS DURANTE ESTOS AÑOS POR NUESTRA
SUPERACION.

A MI ASESORA

DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA , POR SU ORIENTACION EN LA
ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

A MI COASESOR

DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO , POR SU AMISTAD Y PROFESIONALISMO AL
GUIARME EN LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

INDICE

	PAG
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPOTESIS	9
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	14
DISCUSION	18
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21

I.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS :

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 período de riesgo mínimo obstétrico, ya que las condiciones biopsicosociales son favorables para llevar a feliz término un embarazo.⁹

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 estos se ha detectado una más alta morbimortalidad materna y fetal.³⁻¹⁶

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.^{3-4,16}

El embarazo en las adolescentes ocurre en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos. Datos de países europeos como Hungría, Rumania, 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 agrupan 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 hasta del 300%, lo mismo sucede en Europa Occidental y sin lugar a dudas, está presente en Latinoamérica quizá con un porcentaje más elevado, y 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 determinados 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 abajo de 15 años de edad.²⁵ Por otra parte, el embarazo en esta etapa de la vida, se ha considerado 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, ruptura prematura de membranas, prematuréz, preeclampsia, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, sangrado postparto, traumatismo 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.^{18,26}

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 de crecimiento de la gestante.^{5-8,26}

Otros de los riesgos a los que se expone la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente dependen de la edad materna en sí, sino que pueden reflejar una serie

de condiciones tanto de salud, como sociales, económicos y psicológicos que contribuyeron a la sexualidad precóz y desprotegida de estas jóvenes.⁵

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.²⁷

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 futura de la propia adolescente.²⁸

Existen varios reportes que indican que los hijos de madres adolescentes presentan una mayor frecuencia de problemas de salud, nutrición inadecuada, infecciones, accidentes y muerte súbita. Así mismo se han observado problemas en término de rendimiento intelectual, no tanto en la primera infancia sino en edades posteriores. En el área socioafectiva, los hijos de madres adolescentes presentan varios problemas, entre los que figuran una 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 una mayor

dependencia económica.²⁷

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 socioeconómicas suelen ser más drásticas.²⁷

A nivel psicosocial también pueden existir consecuencias negativas, en términos de reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción 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.^{5,27}

Aún cuando estas consecuencias sean comunes en las diferentes poblaciones estudiadas, no todos los binomios las padecen. 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 perinatales, condiciones socioeconómicas, características psicológicas 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. Esto 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 por arriba de los 35 años de edad.^{11,17}

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 la primigesta de edad avanzada o añosa, presenta 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.¹¹⁻¹⁴

La confluencia de un número de tendencias sociales y demográficas en las últimas dos décadas han resultado en un creciente número de mujeres que se embarazan relativamente tarde en su vida reproductiva.²⁰

Tales embarazos son la consecuencia de decisiones electivas de el estilo de vida en una parte de estas mujeres, relacionados primariamente a un incremento de oportunidades de educación; elección de carreras y a un efectivo control de la natalidad.²⁰

Además, la creciente sofisticación de los métodos de tratamiento para la infertilidad,

han permitido a la mujer tener acceso al embarazo dentro de su cuarta e inclusive quinta década de vida.²⁰

A la par de estos cambios sociales y avances médicos, la población demográfica se ha alterado en favor de un incremento de embarazos en mujeres mayores de 35 años en nuestra sociedad. Además, una creciente fracción de mujeres en sus 20 a 30 años permanecen solteras, muchas de las cuales intentan embarazarse en la cuarta década de su vida.²⁰

Comunmente, de hecho, cerca del 20% de las mujeres norteamericanas que tienen hijos, empiezan sus familias después de los 35 años de edad.²⁰

Aconsejar a una mujer al considerar un embarazo después de la edad de 35 años requiere un amplio conocimiento de los relevantes riesgos y beneficios.

Los riesgos relacionados al embarazo pueden ser considerados en tres categorías: genéticos, antecedentes médicos y obstétricos.²⁰

Dentro de los trastornos genéticos, las anomalías cromosómicas congénitas (p.ej.: el síndrome de Down) es de los que más frecuentemente se presentan en pacientes añosas.¹⁸

Los antecedentes médicos que más frecuentemente se encontraron por diversos autores, asociados a este tipo de paciente fueron la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica e hipertensión inducida por el embarazo, miomatosis uterina y la diabetes gestacional.²¹

Dentro de los problemas obstétricos a que enfrentaron con mayor frecuencia las primigestas añosas fueron aborto espontáneo relacionado con fetos euploides y aneuploides así como embarazos molares, hemorragias del tercer trimestre del embarazo, prematuridad, hemorragia postparto, trabajo de parto disfuncional además de sufrimiento fetal agudo que condicionaron aumento de frecuencia de operación cesárea y fetos con retraso del crecimiento intrauterino.^{18,20-24}

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

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

III.- HIPOTESIS

A).- HIPOTESIS GENERAL:

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

B).- HIPOTESIS ESPECIFICAS :

- 1.- La presencia de amenaza de parto pretérmino es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 2.- La presencia de ruptura prematura de membranas es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 3.- La presencia de anemia 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 parto distócico es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

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

III.- HIPOTESIS

A).- HIPOTESIS GENERAL:

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

B).- HIPOTESIS ESPECIFICAS :

- 1.- La presencia de amenaza de parto pretérmino es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 2.- La presencia de ruptura prematura de membranas es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 3.- La presencia de anemia 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 parto distócico es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.

IV.- OBJETIVOS :

A).- OBJETIVO GENERAL :

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

B).- OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- 1.- Demostrar que la presencia de amenaza de parto pretérmino es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 2.- Demostrar que la presencia de ruptura prematura de membranas (RPM) es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.
- 3.- Demostrar que la presencia de anemia 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 parto distócico es mayor en la primigesta adolescente que en la primigesta añosa.

V.- MATERIAL Y METODOS :

A).- DISEÑO DEL ESTUDIO :

Es un estudio retrospectivo, observacional, transversal y comparativo.

B).-UNIVERSO DE TRABAJO :

Se revisaron los expedientes clínicos de 120 pacientes primigestas en trabajo de parto, las cuales ingresaron a través del servicio de Urgencias del Hospital de la Mujer de la S. S. en el período comprendido de enero de 1992 a enero 1995 las cuales se dividieron en tres grupos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos : Grupo I.- 40 pacientes primigestas adolescentes; Grupo II.- 40 pacientes primigestas adultas; Grupo III.- 40 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 aquél que va de las 37 a las 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 embarazo 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 comienza el trabajo de parto, tomando en cuenta sus complicaciones como son: amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, anemia, etc.

2.2.- Resolución del evento obstétrico.- Es la forma como concluye el embarazo, ya sea como parto eutócico o distócico (fórceps, cesárea, etc.).

1.- CRITERIOS DE INCLUSION :

- 1.1.- Que tengan embarazo de término.
- 1.2.- Que se encuentren en trabajo de parto.
- 1.3.- Que tengan amenaza de parto pretérmino, no uteroinhibibles por tener un índice tocolítico alto, o que no respondan a la uteroinhibición.
- 1.4.- Que tengan ruptura prematura de membranas (RPM).
- 1.5.- Que cursen con preeclampsia.
- 1.6.- Que cuenten con exámenes de laboratorio (hemoglobina, hematocrito, fórmula blanca, química sanguínea, exámen general de orina, etc.

2.- CRITERIOS DE NO INCLUSION :

- 2.1.- Pacientes embarazadas que no sean primigestas.
- 2.2.- Que no cuenten con exámenes de laboratorio.
- 2.3.- Pacientes primigestas que ingresen con muerte intrauterina.

3.- CRITERIOS DE EXCLUSION :

- 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 uteroinhibir 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 el trabajo de parto.

VI.- RESULTADOS :

Se estudio una muestra de 120 expedientes de mujeres embarazadas las cuales fueron divididas en tres grupos :

Grupo I.- 40 pacientes clasificadas como primigestas añosas con edad promedio (X \pm DE) 37 ± 2 años.

Grupo II.- 40 pacientes clasificadas como primigestas adolescentes con edad promedio de 16 ± 1 años.

Grupo III.- Grupo de 40 pacientes primigestas clasificado como grupo control con edad promedio de 23 ± 4 años. (Tabla I)

No se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad gestacional en ninguno de los grupo. (Tabla I)

TABLA 1. Características Generales de la Muestra.

CARACTERISTICA	PRIMIGESTA AÑOSA	PRIMIGESTA ADOLESCENTE	PRIMIGESTA CONTROL
n	40	40	40
EDAD (AÑOS)	37 ± 2	16 ± 1	23 ± 4
EDAD GESTACIONAL	39.3 ± 1.2	39.2 ± 1.2	39.1 ± 1.3

Fuente: Archivo Clínico. Hospital de La Mujer SS.

En relación a escolaridad el mayor porcentaje de las pacientes en los tres grupos corresponde al nivel de primaria y secundaria completa, que muestran diferencia

significativa con otro nivel escolar como es bachillerato y profesional, así como con analfabetismo. El nivel socioeconómico bajo es el que predomina en los tres grupos sin mostrar diferencia significativa entre ellos. No se encontraron aspectos de hábitos y toxicomanías en este grupo de pacientes estudiadas.

Con respecto al estado civil se muestra una diferencia significativa en que existe mayor frecuencia casadas en el grupo control con respecto a los otros dos grupos.

Al comparar el uso de métodos anticonceptivos no muestra una diferencia significativa en los tres grupos en relación a que ninguna de las pacientes lleva algún método de anticoncepción.

Se encontró que la mayor proporción de las pacientes en los tres grupos recibieron control prenatal en más de una ocasión.

De los resultados en las complicaciones de la evolución del embarazo no hay diferencia significativa respecto a amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino (gráfica 1) y ruptura prematura de membranas (gráfica 2).

Con respecto a otras variables como placenta previa, anemia (gráfica 3) e infección de vías urinarias no encontramos diferencias significativas.

Encontramos *diferencia significativa* ($\chi^2 = 6.88$ $p = 0.031$) a una mayor frecuencia de preeclampsia en las primigestas *añosas* (13/40) con respecto a las *adolescentes* (5/40) y al grupo control (5/40), encontrando una frecuencia similar de preeclampsia en estos dos últimos grupos. (gráfica 4)

De acuerdo a la forma de *terminación* del evento obstétrico encontramos que existió una mayor frecuencia de cesáreas con diferencia estadísticamente significativa en las primigestas *añosas* (35/39) con respecto a las *adolescentes* (13/39) y las control (9/38) ($\chi^2 = 39.3$ $p = 0.000001$) siendo la causa más frecuente la desproporción cefalopélvica ($\chi^2 = 9.31$ $p = 0.009$). (gráfica 5)

De las complicaciones *transparto* lo que se presentó con más frecuencia fueron los *desgarros perineales* y en segundo término las *hemorragias* sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos.

De las complicaciones en las *primeras 24 horas* las que se presentaron con una frecuencia baja fué *anemia secundaria a sangrado transparto* sin tener diferencia estadísticamente significativa. No se presentaron complicaciones tardías.

De acuerdo al número de pacientes con infecciones se presentaron de manera similar en los tres grupos correspondiendo estas a *dehiscencia de herida quirúrgica* y *deciduomiometritis*.

El peso promedio de los productos fué de 3000 gr. para los tres grupos. De acuerdo a las condiciones del producto encontramos un valor promedio de Apgar de 7 a 8 al primer minuto y de 9 en los tres grupos a los 5 minutos sin encontrar diferencias significativas ; siendo hipotróficos los productos provenientes de primigestas añosas y se diferencian significativamente con los otros dos grupos (prueba exacta de Fisher $p = 0.005$).

VII.- DISCUSION :

En la muestra estudiada nosotros clasificamos a nuestras pacientes en tres grupos de acuerdo a lo propuesto por el Consejo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en : Primigesta adolescente con pacientes menores de 18 años, Primigesta adulta con edad entre 18 y 34 años y Primigesta añosa de 35 años o más.²¹ De acuerdo a la presencia de parto distócico encontramos que la mayor proporción se ubica dentro de las primigestas añosas principalmente debido a distocias de contracción, desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo de acuerdo con lo reportado por otros autores.^{17,19,21,35} La distocia de contracción probablemente es debida a una disfunción uterina secundaria al uso de oxitocina exógena y al uso temprano de analgesia obstetrica por ansiedad de la paciente.³⁶ Esto último no fué evaluado en esta serie. Con respecto a la amenaza de parto pretérmino, el cuál se reporta en la literatura con una mayor frecuencia en las primigestas adolescentes³⁰; en el presente estudio encontramos un patrón similar en todas las pacientes con una baja frecuencia, lo cuál puede ser explicado por una baja frecuencia de infecciones del tracto urogenital. Y una baja proporción de Ruptura Prematura de Membranas³¹ en los grupos estudiados (específicamente en adolescentes), lo cuál no concuerda con lo reportado por otros autores de trabajos previos realizados en este hospital, debido a que en nuestro estudio solo se tomó a mujeres con embarazo de término (37 a 42 semanas) y los otros autores abarcan embarazos de menos de 20 hasta 43 semanas; y esto posiblemente aumenta la proporción de Ruptura Prematura de

Membranas(37). Una de las variables que ha causado mayor interés en los últimos años es la presencia de preeclampsia en primigestas adolescentes y añosas. Dicho fenómeno se encontró con una tendencia mayor pero sin diferencia significativa en las primigestas añosas , lo cuál concuerda con datos publicados anteriormente de este hospital.(38) La reducción importante en la presentación de preeclampsia en los grupos estudiados puede ser explicado porque la mayoría de las pacientes acudieron a un control prenatal adecuado y a la ausencia de desnutrición que habitualmente está estrechamente relacionado a la presencia de anemia que tuvo baja frecuencia en esta muestra.

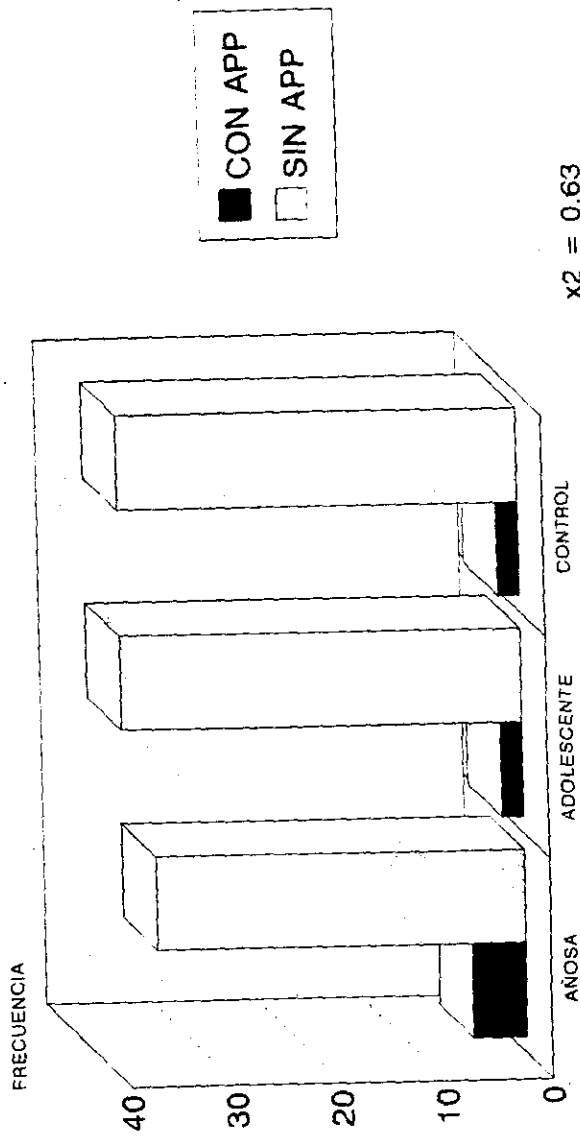
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

VIII.- CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de amenaza de parto pretérmino es baja e igual primigestas añosas y adolescentes.
- 2.- La frecuencia de ruptura prematura de membranas es igual en primigestas añosas y adolescentes.
- 3.- La frecuencia de anemia es baja y similar en primigestas añosas y adolescentes.
- 4.- La frecuencia de preeclampsia es mayor en las primigestas añosas que en las adolescentes.
- 5.- La frecuencia de parto distócico (operación cesárea) es mayor en la primigesta añosa que en la adolescente.

El grupo estudiado que más complicaciones en la evolución (preeclampsia) y resolución del evento obstétrico (cesárea) presentó, fué el de primigestas añosas.

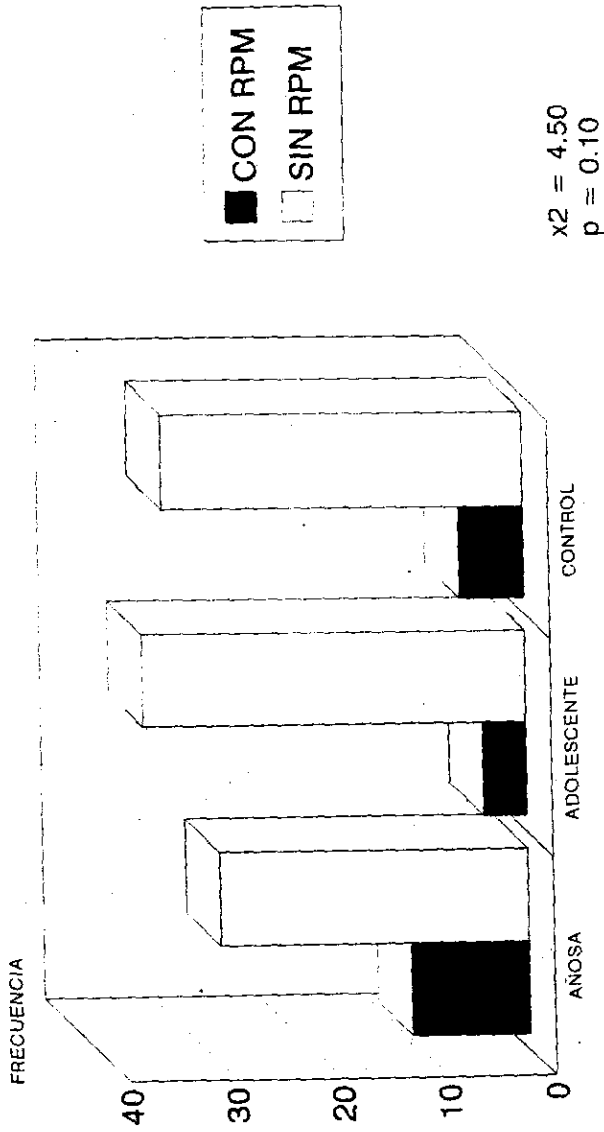
AMENAZA DE PARTO PRÉTERMINO



$\chi^2 = 0.63$
 $p = 0.42$

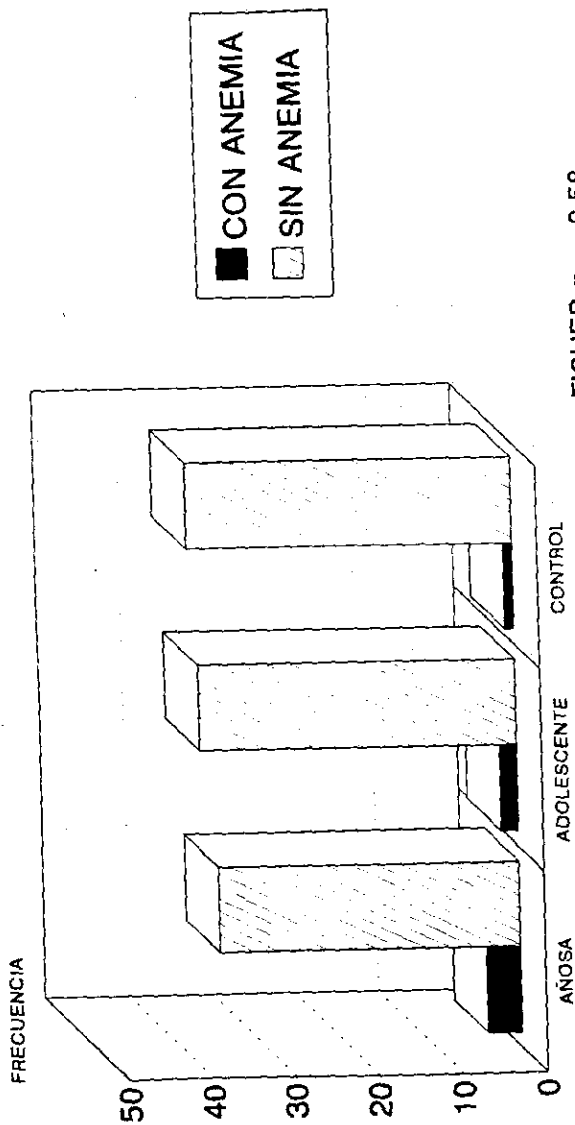
GRAFICA 1
FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER SS. 1995

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



GRAFICA 2
FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER SS. 1995

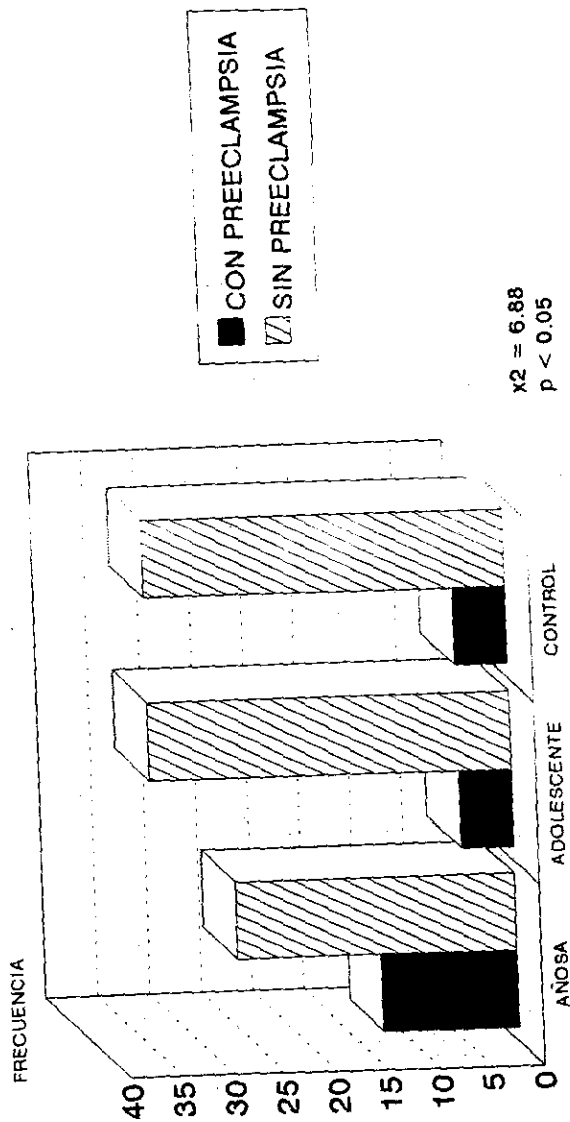
PRESENCIA DE ANEMIA



FISHER $p = 0.58$

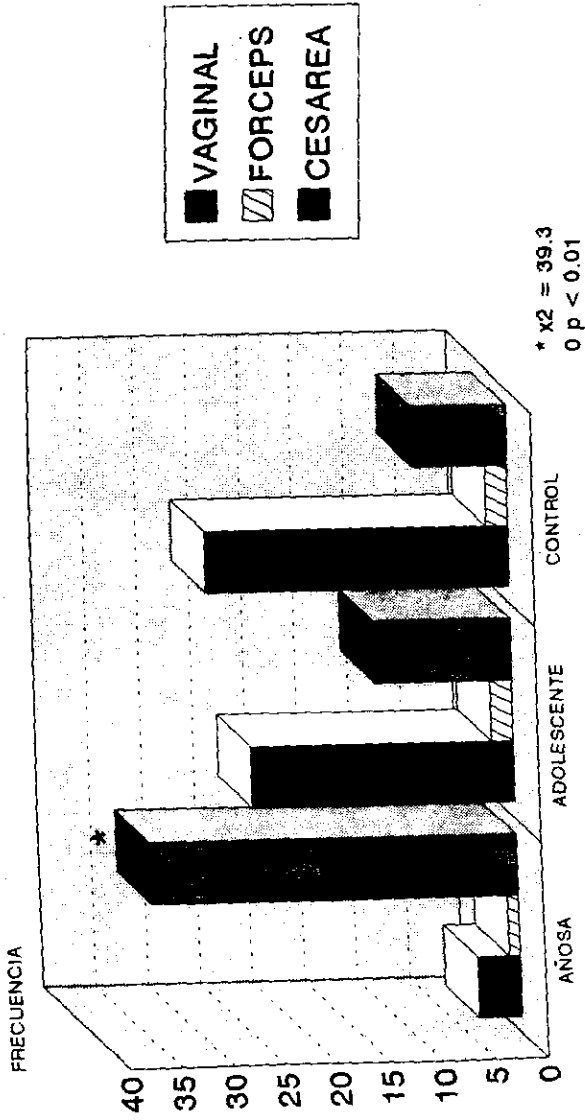
GRAFICA 3
FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER SS. 1995

PREECLAMPSIA



GRAFICA 4
FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER SS. 1995

RESOLUCION DEL EVENTO OBSTETRICO



GRAFICA 5
FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER SS. 1995

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA EVOLUCION Y RESOLUCION
DEL EVENTO OBSTETRICO ENTRE
PRIMIGESTAS ANOSAS Y ADOLESCENTES

I.- DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ EDAD _____ EXPEDIENTE _____
 ESCOLARIDAD _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE RESIDENCIA _____

II.- PERFIL PSICOLOGICO

EDO CIVIL _____ NIVEL SOCIOECONOMICO _____ USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS _____
 FALLARON? _____ PORQUE? _____ TOXICOMANIAS _____ ETILISMO _____

III.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

IV.- COMPLICACIONES DE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

AMENAZA DE ABORTO _____ AMENAZA DE PARTO PRETERMINO _____ PLACENTA PREVIA _____
 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS _____ ANEMIA _____ INFECCION DE VIAS URINARIAS _____
 CONTROL PRENATAL _____ NUMERO DE VECES _____ OTRAS _____

V.- FORMA DE TERMINACION DEL EVENTO OBSTETRICO

PARTO EUTOCICO _____ PARTO DISTOCICO _____ PORQUE? _____
 PARTO PRETERMINO _____ PORQUE? _____
 CESAREA _____ CAUSA _____ FORCEPS _____ CAUSA _____

COMPLICACIONES: HIPOTONIA _____ ATONIA _____ HEMORRAGIA _____ DESGARROS _____

VI.- COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

INMEDIATO _____ MEDIATO _____ TARDIO _____ HEMORRAGIA _____ INFECCION _____
 DEHISCENCIA DE HERIDA OX _____ OTRAS _____

VII.- CONDICIONES DEL PRODUCTO

SEXO _____ APGAR AL MINUTO _____ 5 MINUTOS _____ PESO _____ EUTROFICO _____ HIPOTROFICO _____
 OBITO _____ CAUSA _____ MUERTE NEONATAL _____

IX.- BIBLIOGRAFIA :

- 1.- Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas. Salvat 12a. Edic. Barcelona Esp. 1985.
- 2.- Ortigosa CE., Cortés HE., Garnica RL. SEXUALIDAD Y REPRODUCCION. Ginec Obstet Méx. 1991; 59: 293-8.
- 3.- Ortiz SE., EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Ginec Obstet Méx. 1991; 289-292.
- 4.- Queenan JT; ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Manual Moderno México. 2a. edic. 1989.
- 5.- Atkin ZL., Givaudan MM: PERFIL PSICOSOCIAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA MEXICANA. Temas Selectos en Reproducción Humana INPer. 1989; 123-133.
- 6.- Elliot LS: FACTORS RELATED TO THE INCREASING CESAREAN SECTION RATES FOR CEPHALOPELVIC DISPROPORTION. Am J Obstet Gynecol. 1986; 154:1095-8.
- 7.- Pérez SJ :FACTIBILIDAD DE PREVENCION DEL PARTO PRETERMINO. Curso Teorico sobre Obstetricia y Perinatología en el primer nivel de atención médica. Asoc Méx Ginec Obstet. 1989; 31-37.
- 8.- Angeles 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., Mac Donald 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., Lapinsky RH., Berkowitz RL : CONCEPCION TARDIA Y PRONOSTICO PARA EL EMBARAZO. N Engl Med. 1990; 322: 659-664.

- 12.- Boylan P., Frankowsky 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: 373-378.
- 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., Granado A: HYPERTENSIVE DISEASES OF PREGNANCY AND PARITY. *Am J Obstet Gynecol.* 1986; 154: 1044-9.
- 15.- Carreras PJJ., Silva MJM., Violante DM., Cerrillo HM., Ahued AR: PROPUESTA DE VALORES NORMALES DE ALFA FETOPROTEINA (AFP) 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.
- 16.- Ortiz SE. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. REVISION DE 840 CASOS CLINICOS. *Ginec Obstet Mex.* 1991; 59: 289-292.
- 17.- Vicki Lee Edge, MD., Russell K. Laros Jr. MD. PREGNANCY OUTCOME IN NULLIPAROUS WOMEN AGE 35 AND OLDER. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; Vol 168 No.6 Part I: 1881-5.
- 18.- Milner M., Barry-Kinsella AC., Unwin A., Harrison RF. THE IMPACT OF MATERNAL AGE ON PREGNANCY AND ITS OUTCOME. *Int J Gynecol Obstet.* 1992; 38: 281-286.
- 19.- Prysak M., Lorenz RP., Kisly A. PREGNANCY OUTCOME IN NULLIPAROUS WOMEN 35 YEARS AND OLDER. *Obstet and Gynecol.* 1995; Vol 85 No.1 January: 65-70.
- 20.- O' Reilly-Green C., Cohen WR. PREGNANCY IN WOMEN AGED 35 AND OLDER. *Obstet and Gynecol Clinics of North America.* 1993; Vol 20 No.2: 313-331.
- 21.- Centeno MM., Montoya F., Barbazan MJ., Aranguran G. LA PRIMIPARIDAD AÑOSA COMO FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO. *Rev Esp Obstet Ginec.* 1989: 221-226.
- 22.- Chelmow D., KilPatrick SJ., Laros RK Jr. MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES AFTER PROLONGED LATENT PHASE. *Obstet and Gynecol.* 1993; 81: 486-491.

- 23.- Handa VL., Laros RK. ACTIVE-PHASE ARREST IN LABOR: PREDICTORS OF CESAREAN DELIVERY IN A NULLIPAROUS POPULATION. *Obstet and Gynecol.* 1993; 81: 758-63.
- 24.- Peipert JF., Cracken MB. MATERNAL AGE: AN INDEPENDIENT RISK FACTOR FOR CESAREAN DELIVERY. *Obstet and Gynecol.* 1993; 81: 200-205.
- 25.- Lubarsky LS., Schiff E., Friedman SA., Mercer BM., Sibai BM. OBSTETRIC CHARACTERISTICS AMONG NULLIPARAS UNDER AGE 15. *Obstet and Gynecol.* 1994; 84: 365-8.
- 26.- Arastey J., Gonzalez MA., Esteban J., Gastaldo E., Alfaro L. EMBARAZO EN EDADES EXTREMAS: I. GESTACION EN ADOLESCENTES. *Rev Esp Obst Gin.* 1988; 47:139-148.
- 27.- Atkin LC., Pick de Weiss S. ANTECEDENTES PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. *Perinatol Reprod Hum.* 1989; Vol 3 No.3 Jul-Sept.: 152-8.
- 28.- Milner M., Barry-Kinsella C.,Unwin A.,Harrison R.F. THE IMPACT OF MATERNAL AGE ON PREGNANCY AND ITS OUTCOME. *Int J Gynecol Obstet.* 1992; 38:281-286.
- 29.- Toro Calzada R.J. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. *Gin Obstet Mex.* 1992;Vol.60 Noviembre: 291-5.
- 30.- Acosta Osio G. EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO. *Rev Col Obst Ginec.* 1993;Vol.94 No.3:213-6.
- 31.- Sanchez Jaramillo Patricia. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.EXPERIENCIA DE LA A.S.C.P. *Rev Col Gin Obst.*1994; Vol.45 No.3: 208-12.
- 32.- Esparza Duque C.A., Calle Mesa M. CARACTERISTICAS DE LAS ADOLESCENTES OBSTETRICAS.HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS. *Rev Col Obst Ginec.*1993;Vol.44 No.4:286-92.
- 33.- Martínez A.H., Ricalde B.C., Guerrero M.N.,Salomón J.A.EMBARAZO EN ADOLESCENTES.CARACTERISTICAS Y MORBILIDAD. *Ginec Obstet Mex.*1992; Vol.60 Suplemento 1 :55.
- 34.- Sereno C.J.A.,Castillo H.E., Mendoza P.R. EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE UN RETO SOCIOMEDICO. *Ginec Obst Mex.*1992;Vol.60 Suplemento 1 :55-6.

- 35.- Castañeda A.I., Panduro B.J.G., Fajardo D.S., Jimenez M.J.C. EMBARAZO EN MAYORES DE 35 AÑOS. *Ginec Obst Mex.* 1992; Vol.60 Suplemento 1:56.
- 36.- Handa Victoria L., Laros Russell K. ACTIVE-PHASE ARREST IN LABOR:PREDICTORS OF CESAREAN DELIVERY IN A NULLIPAROUS POPULATION. *Obstet Gynecol.* 1993; Vol.81 No.5 part 1 may :758-63.
- 37.- Oliva Cristerna J. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. ANALISIS DE 455 CASOS REVISADOS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S.S.A. TESIS DE ESPECIALIDAD EN GINECOBSTETRICIA. U.N.A.M. México D.F.1988.
- 38.- Pérez Alvarado A., Oliva Cristerna J., Quevedo Alcaráz V.M. PRIMIGESTA AÑOSA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S.S. REVISION DE 5 AÑOS. *Rev. Med. Hosp. Muj.* 1992; Vol.2 No.2 May-Jul.:30-5.