

11217



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“PERFIL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE TICOMÁN EN EL AÑO 2004”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

PRESENTADO POR
DR. GERARDO ISRAEL ZENTENO UGALDE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. IGNACIO SALMERÓN PÉREZ

- 2005

m348203



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"PERFIL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE TICOMÁN EN EL AÑO 2004"

DR. GERARDO ISRAEL ZENTENO UGALDE

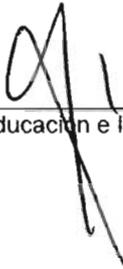
Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Néri



Profesor Titular del Curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESPECIALIZACION Y ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez



Director de Educación e Investigación


DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SAUJUD DEL DISTRITO FEDERAL

Autorizo a la Dirección General de Biotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Zenteno Ugaldé
Gerardo Israel
FECHA: 21.09.05
FIRMA: 

“PERFIL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE TICOMÁN EN EL AÑO 2004”

DR. GERARDO ISRAEL ZENTENO UGALDE

Vo. Bo.
Dr. Ignacio Salmerón Pérez



Director de Tesis
Médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia
del Hospital General de Ticomán.

DEDICATORIAS

A DIOS:
Por concederme la vida
y la oportunidad de esta experiencia.

Al Dr. Salmerón:
por el apoyo brindado y
experiencia profesional.

A mi madre:
por su apoyo, comprensión y
consejos.

A mis hermanos:
por el ejemplo y apoyo brindado.

A Geraldine:
por el apoyo incondicional,
fortaleza y comprensión.

A mis compañeros:
por la dicha de ser mis
compañeros y las experiencias
compartidas durante este tiempo:
Alejandra, Karina, Yolanda, Ana,
Chuy, Alhelí.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MATERIAL Y MÉTODOS 7

RESULTADOS 9

DISCUSIÓN 21

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25

RESUMEN

Objetivo.- Determinar las patologías y complicaciones del embarazo y el puerperio de las adolescentes embarazadas atendidas en Hospital General de Ticomán durante el 2004.

Material y métodos.- Se revisaron los expedientes de las embarazadas que cumplieron con los siguientes criterios: menores de 20 años, sana o haber cursado con patologías durante el embarazo, haber estado en puerperio y haber sido atendida en la fecha y lugar señalados. Se obtuvo edad, escolaridad, estado civil, número de gestaciones, inicio de vida sexual, parejas sexuales, menarca, patologías y complicaciones durante el embarazo y el puerperio, se vació en hojas de recolección de datos y se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados:. La media de edad fue 17.41 +- 1.33 años. El 27.51% tuvo secundaria completa, sólo 9.88% tuvo bachillerato. La unión libre predominó con 66.37% y solteras sólo 18.79%. Las primigestas predominaron con 69.67%. La media de inicio de vida sexual fue 15.91 +- 1.38 años.. La media de la menarca fue 11.80 +-1.26 años. En las complicaciones durante el embarazo, el 11.23 presentó aborto, el 25.96% presentó anemia seguida de infección de vías urinarias 15.98%. La ruptura prematura de membranas se observó en 11.04%; el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta sólo se observó en el 0.58% La vía de resolución del embarazo más frecuente. fue el parto eutócico: 69.28%, en segundo lugar la cesárea 17.63%. La mastitis fue la complicación más frecuente en el puerperio.

Conclusión: La anemia fue la complicación más frecuente durante el embarazo, a diferencia de la literatura, donde la infección de vías urinarias es la más frecuente. La ruptura prematura de membranas se observo por arriba de lo reportado en la literatura, lo cual pudiera estar asociado con la anemia, ya que la anemia generalmente va acompañada de otras deficiencias nutricionales. Sin embargo las complicaciones que se presentaron no tuvieron gran repercusión en el embarazo y el puerperio de estas pacientes.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, complicaciones del embarazo.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como el periodo de la vida entre los 10 y los 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos así como la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de importantes cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en varias ocasiones hostil. ^{1,2}

Otra definición de adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la vida adulta, la cual va acompañada de cambios físicos y psicosociales, labilidad emocional, rebeldía, inseguridad, sentirse "inadecuados". ¹

La adolescencia para su estudio se divide en dos periodos: temprana y tardía, de los 10 a los 14 años y de los 15 a los 19 años respectivamente. ³

Con respecto a la pubertad, que también es importante definirla por ser parte de la adolescencia. Se han dado varias definiciones. La palabra tiene su origen del latín, *pubes*: pelo, *pubescens*: cubierto de pelo. La pubertad se define como la etapa de la vida en que se adquiere la capacidad de reproducirse y se desarrollan los caracteres sexuales secundarios. La edad promedio de inicio es a los 10.2 años + - 1.1 años, con la presencia de la telarca y el aumento de la estatura. ^{4,5}

Es importante destacar que de acuerdo a diferentes estudios que se han realizado a nivel mundial, el inicio de la pubertad ha disminuido de 2 a 3 meses por década en los últimos 150 años.⁴ Esto es de suma importancia si se toma en cuenta que los adolescentes hoy en día tienden al inicio de relaciones sexuales a una edad más temprana, y la mayoría de ellos carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen el acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que hace a esta población particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.⁶

Los adolescentes conforman un número cada vez más importante a nivel mundial, donde representan aproximadamente entre 20 y 25% del total de la población.⁷

En lo que respecta a América Latina, se estima que entre 1960 y 1990, el número de adolescentes de 10 a 19 años de edad, aumentó un 138% en la región. Datos de la Comisión Económica para América Latina estiman que en 1999 la población de 10 a 19 años representan el 21% de la población total de esa región, aproximadamente 160 millones, siendo la distribución homogénea por sexo.⁷

Los diferentes estudios que se han realizado en la región sugieren que existe un aumento en la actividad sexual de jóvenes adolescentes cada vez más tempranas y es en los países más pobres donde persisten los mayores problemas.⁸

En nuestro país el número de adolescentes asciende a 21.6 millones, aproximadamente el 21.3%, de los cuales el 51.9% son mujeres y el 48.1% son varones. ³

La mayoría de los adolescentes y jóvenes son personas solteras, aproximadamente un 74%, aunque se estima que un 24% ya se ha casado o viven en unión libre, y poco más del 1% tienen una unión disuelta. ⁷

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, definida por la OMS como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor,⁹ se sabe que la edad promedio de la iniciación de la vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y para el área urbana de 16.7. Y se ha observado que existe una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. Como resultado de estas prácticas, ocurren más de 25 000 embarazos anuales en madres menores de 19 años de edad que terminan en abortos y constituyen cerca del 10% de los embarazos. ^{3,10,11}

Esto se explica con lo descrito en algunos estudios, ya que, además de observarse un incremento de la actividad sexual a edades cada vez más tempranas, sólo un 24% de las adolescentes declaran haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual, y sólo el 46% mencionan saber la forma adecuada del uso del método. ⁶

En lo que respecta a embarazo en adolescencia, se entiende como tal a todo tipo de concepción ocurrida antes de los 20 años de edad. Y cuando ocurre a esta edad, se ha encontrado que los riesgos de presentar complicaciones tales como ruptura prematura de membranas, anemia, preeclampsia-eclampsia y amenaza de parto pretérmino, entre otras, aumenta en forma considerable.¹²

De acuerdo con cifras informadas por el Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo adolescente representa poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo. En México, 20% del total de los embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años.⁶

Entre la población adolescente se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 000 nacimientos en madres menores de 19 años, lo que representa el 17% del total de los nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que en los últimos 6 años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continua siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.¹³

La fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad ha descendido en México desde la década de los 70. La proporción de mujeres de 15 a 19 años que procrea al menos un hijo, disminuyó de poco más de una de cada 7 en 1975, a una de cada 12 en 1990, y a una de cada 14 en 1999. Sin embargo, la velocidad de descenso de la fecundidad de este grupo no ha

sido tan rápida como en los otros segmentos de edad. Por ello, su contribución a la tasa global de fecundidad ha venido creciendo al pasar de 11.1 en 1975 a 14.5 en 1999.³

En lo que respecta a las patologías que se presentan durante la gestación, en diferentes estudios realizados, se ha observado que la infección de vías urinarias es la entidad que más complica la gestación de las adolescentes y se cree que éste fenómeno sea en parte responsable también de la alta incidencia de amenaza de parto pretérmino. La incidencia de ruptura prematura de membranas se ha observado en 9% de estas pacientes, lo cual corresponde al doble de lo reportado en la literatura en la población general.^{14,15}

En estudios más recientes, se ha encontrado que entre las madres adolescentes es más común que sean nulíparas, sin pareja permanente, con índice de masa corporal bajo antes del embarazo, bajo peso al nacer y enfermedad hipertensiva.^{16,17,19} Además, tuvieron riesgo más alto, comparado con mujeres de 20 a 24 años, de parto vaginal con forceps, episiotomía, hemorragia post parto y endometritis puerperal, y en las menores de 16 años, se observó un riesgo aún mayor comparado con las de 16 a 19 años.^{16,18,19}

El impacto psicosocial del embarazo a edad temprana, incide directamente en las altas tasas de muertes infantiles en los hijos de madres menores de

20 años en comparación con las madres de 20 a 30 años. Para la madre adolescente existen consecuencias emocionales y económicas que incluyen limitación en el desarrollo y madurez psicosocial, además de menores oportunidades de educación y empleo. Estos factores inciden en la salud materna, en la relación madre-hijo y en el potencial logro de sus expectativas.⁶

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la cual aún no se alcanza por completo la madurez psicológica y física, ésta última muy importante en la mujer, ya que, siendo ella en quien se desarrolla el embarazo, conlleva múltiples factores los cuales condicionan el curso del mismo y determinan la vía de resolución de dicho embarazo así como la morbilidad en el binomio.

En las 2 últimas décadas éste grupo etéreo ha presentado un incremento importante, así mismo, se ha incrementado el número de embarazos en dicho grupo. Esto es de suma importancia, ya que el embarazo durante la adolescencia es considerado de alto riesgo debido a las repercusiones que tiene no sólo de la madre, sino también del producto, además de las secuelas en el aspecto psicológico y social.

Así mismo, en los últimos años los adolescentes, principalmente en los países en vías de desarrollo, han mostrado una tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, en la mayoría de los casos sin protección, con lo cual, resultaran embarazos en los cuales las

complicaciones que presenten serán aún más severas, repercutiendo de manera muy importante en la morbimortalidad del binomio.

Toda ésta problemática se observa en todos las adolescentes, pero de manera más acentuada en las que se encuentran en los estratos sociales más bajos, lo cual también es de suma importancia, ya que, entre otros factores, la desnutrición es un problema que repercute de manera muy importante sobre el embarazo. Dicha población es la que acude a los hospitales públicos del Sector Salud, por lo que se considera de suma importancia reconocer los factores asociados que complican el embarazo y su resolución así como la evolución en el puerperio.

MATERIAL Y METODOS

Fue un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Se incluyeron un total de 1032 pacientes, las cuales acudieron al Hospital General de Ticomán en el periodo de tiempo comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2004, para su atención obstétrica.

Las pacientes que ingresaron a la investigación deberían de ser del sexo femenino, que fueran adolescentes con una edad comprendida entre 10 y 19

años, con un embarazo de cualquier edad gestacional, o en puerperio, cuyo embarazo terminó en parto, cesárea o aborto; sanas o que cursaron con patologías durante el embarazo, y que fueron atendidas en el lugar y tiempo señalados.

Se excluyeron pacientes mayores de 19 años, que fueron trasladadas, que tuvieron patologías previas al embarazo, y las que fueron atendidas en la resolución del embarazo en otra unidad hospitalaria.

Se obtuvo información de la base de datos del archivo clínico, obteniendo un total de 1439 pacientes con número de expediente y edad que se atendieron en el servicio de Ginecología y Obstetricia en la fecha señalada.

Se eliminaron un total de 407 pacientes: 97 por expediente incompleto, 4 que fueron trasladadas, 62 cuyo expediente no se encontró, 226 que acudieron por patologías ginecológicas sin estar embarazadas y 18 que tuvieron expediente repetido.

El riesgo de la investigación fue: sin riesgo.

Las variables a estudiar en este grupo fueron: edad, expresada en años. Escolaridad, expresada en analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato y carrera técnica. Estado civil: soltera, unión libre, casada y viuda. Menarca, expresada en años. Número de gestaciones. Inicio de vida sexual, expresada en años. Parejas sexuales. Patologías en el embarazo.

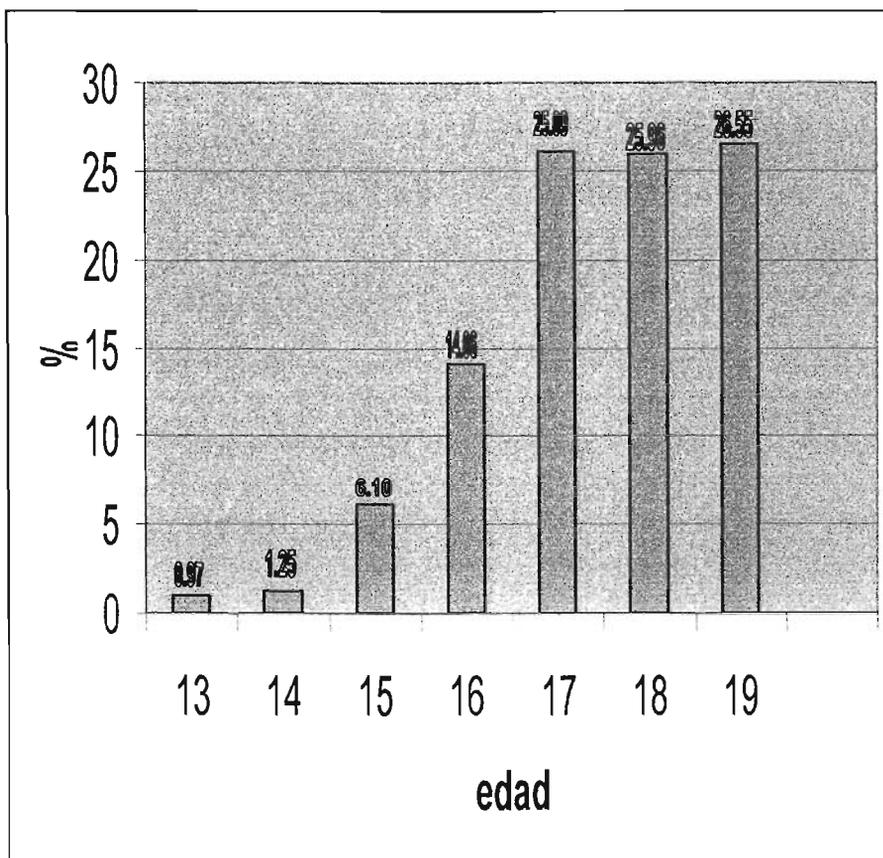
Resolución del embarazo, expresado como aborto del primer trimestre, aborto del segundo trimestre, parto eutócico, parto distócico y cesárea. Complicaciones en la resolución del embarazo; edad gestacional al momento de la resolución del mismo; indicación de la interrupción del embarazo. Complicaciones en el puerperio y método de planificación familiar previo al embarazo.

El análisis fue mediante estadística descriptiva: medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

La edad de las pacientes osciló entre 13 y 19 años, con una media de 17.45 años (DS 1.33). Como se observa en la figura 1

Figura 1. Edad de las adolescentes embarazadas.



Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital

En escolaridad: secundaria completa fueron 284 pacientes (27.51%), carrera técnica 37 pacientes (3.58%) y analfabeta 7 pacientes (0.67%) según se observa en la tabla 1.

En estado civil se consideraron tres condiciones: soltera, unión libre y casada, unión libre predominó con 685 pacientes (66.37%), tabla 2.

Tabla 1. Escolaridad de las adolescentes embarazadas.

Escolaridad	No.	%
Analfabeta	7	0.67
Primaria incompleta	118	11.43
Primaria completa	225	21.80
Secundaria incompleta	259	25.09
Secundaria completa	284	27.51
Bachillerato	102	9.88
Carrera técnica	37	3.58

Fuente: expedientes del archivo clínico

Tabla 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas

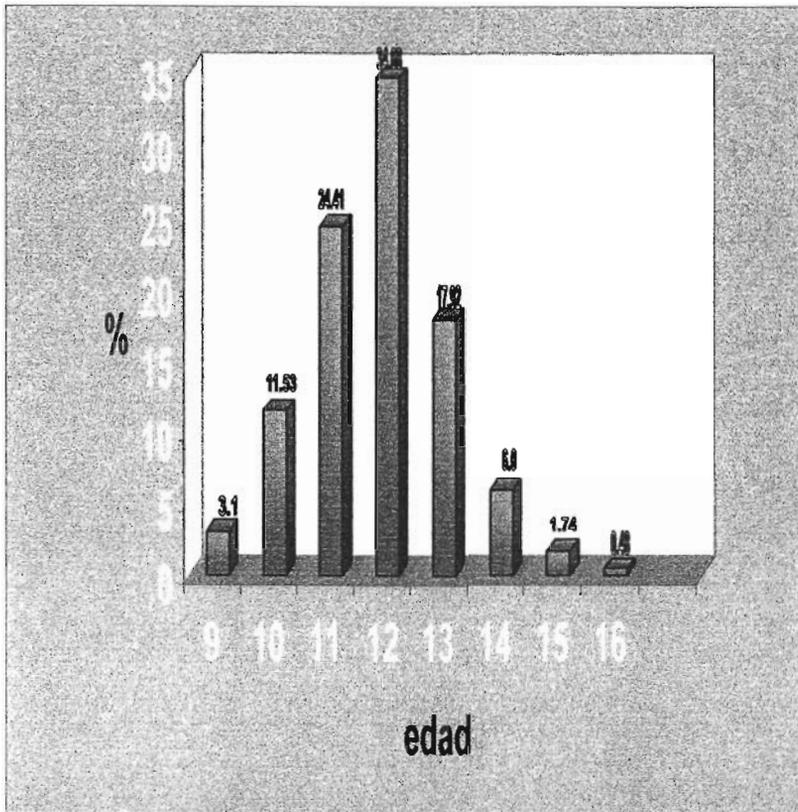
<i>Estado civil</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Soltera	194	18.79
Unión libre	685	66.37
Casada	153	14.82

Fuente: expedientes del archivo clínico.

Con respecto a la menarca, la media de edad en la que apareció fue 11.81 años, (DS 1.26), figura 2.

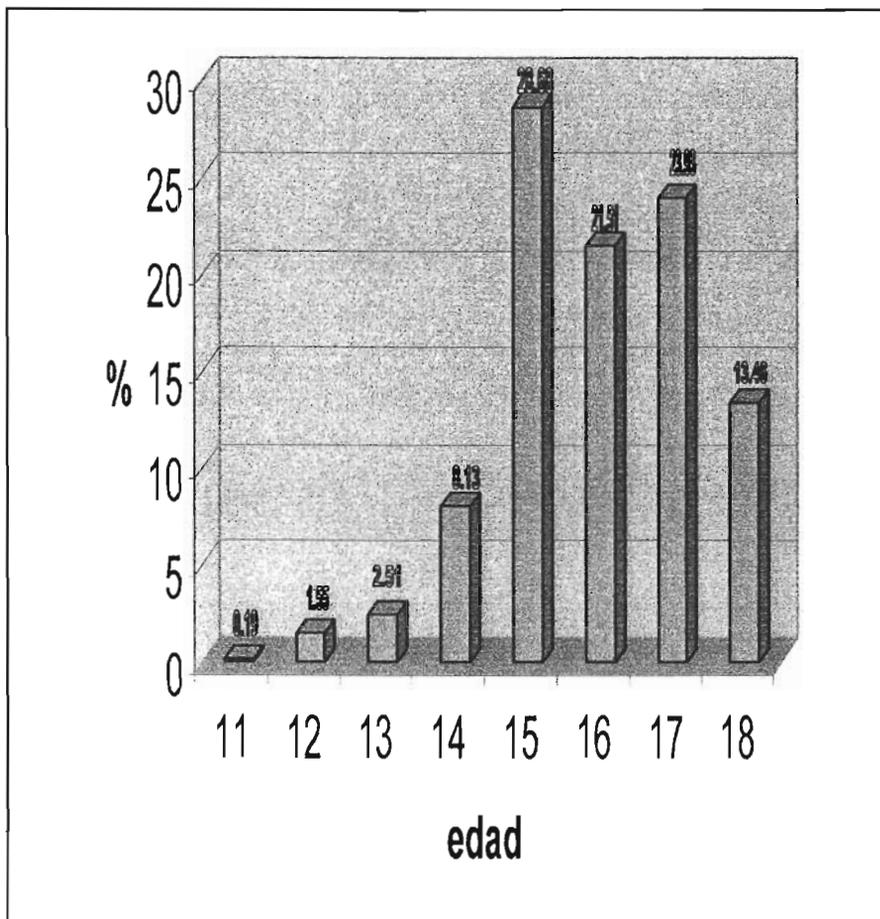
El inicio de vida sexual tuvo un rango desde los 11 a los 18 años, con un media de 15.91 (DS 1.38). Figura 3

Figura 2. Edad en que se presentó la menarca en las adolescentes embarazadas.



Fuente: expedientes del archivo clinico.

Figura 3. Edad en la que inician su vida sexual activa las adolescentes embarazadas.



Fuente: Expedientes del archivo clínico del hospital.

En cuanto al número de parejas sexuales 835 (80.91%) tuvo una pareja sexual y 6 pacientes (0.58%) tuvieron 5 parejas sexuales, como se observa en la tabla 3.

En cuanto al número de embarazos 719 pacientes (69.67%) fue primigesta, 257 pacientes (24.90%) secundigesta, 49 (4.74%) trigesta y 7 pacientes cuatrigesta (0.67).

Tabla 3. Número de parejas sexuales en las adolescentes embarazadas.

<i>Número de parejas</i>	<i>No. de pacientes</i>	<i>%</i>
Una pareja	835	80.91
Dos parejas	103	9.98
Tres parejas	72	6.97
Cuatro parejas	16	1.55
Cinco parejas	6	0.58

Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital.

En cuanto a las patologías asociadas al embarazo 268 pacientes (25.96%) presentaron anemia, infección de vías urinarias 165 (15.98%) y

desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 6 pacientes (0.58%). Tabla 4.

Tabla 4. Patologías asociadas al embarazo en la adolescente embarazada.

<i>Patología</i>	<i>No. de pacientes</i>	<i>%</i>
Anemia	268	25.96
Infección de vías urinarias	165	15.98
Amenaza de aborto	32	3.10
Desprendimiento prematuro de placenta normoeinserta	6	0.58
Pielonefritis	8	0.77
Enfermedad hipertensiva del embarazo	84	8.13
Cervico-vaginitis	63	6.10
Emésis gravídica	31	3.00
Amenaza de parto prematuro	42	4.06
Ruptura prematura de membranas	114	11.04
Hiperemésis gravídica	7	0.67

Fuente: expedientes del archivo clínico.

Para la resolución del embarazo el parto eutócico ocupó el primer lugar con 715 pacientes (69.28%), la cesárea en segundo lugar, 182 pacientes (17.63%). La complicación más frecuente en la resolución del embarazo fue

el desgarro vaginal-perineal: 52 pacientes (5.03%), la inversión uterina sólo se observó en 3 pacientes (0.29%), Tabla 5.

Tabla 5. Vía de resolución del embarazo y complicaciones asociadas en las adolescentes embarazadas.

<i>Vía de resolución</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Aborto 1er trimestre	99	9.59
Aborto 2do trimestre	17	1.64
Parto eutócico	715	69.28
Parto distócico	19	1.84
Cesárea	182	17.63
<i>Complicación en la resolución</i>		
Desgarro perineo-vaginal	52	5.03
Hemorragia obstétrica	8	0.77
Hipotonía uterina	18	1.74
Distocia de hombros	10	0.96
Prolongación de histerorrafia	6	0.58
Inversión uterina	3	0.29

Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital.

En lo que se refiere a la edad gestacional al momento de la resolución del embarazo, el mayor porcentaje se observó a las 39 semanas (28.29%), en segundo lugar 227 pacientes (21.99%) a las 38 semanas, el embarazo prolongado sólo se observó en 10 pacientes (0.96%). Tabla 6.

Tabla 6. Edad gestacional al momento del nacimiento en las adolescentes embarazadas.

<i>Semanas de gestación</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
42 semanas	10	0.96
41 "	29	2.81
40 "	162	15.69
39 "	292	28.29
38 "	227	21.99
37 "	151	14.63
36 "	109	10.56
35 "	31	3.00
34 "	14	1.35
32 "	4	0.38
30 "	1	0.09
28 "	2	0.19

Fuente: expedientes del archivo clínico.

La principal indicación de la resolución vía abdominal fue el sufrimiento fetal en 59 pacientes (32.41%), seguida de desproporción fetopélvica en 35 pacientes (19.23%), y presentación pélvica sólo en 9 pacientes (4.94%), como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Indicaciones de interrupción vía abdominal en las adolescentes embarazadas.

<i>Indicación de cesárea</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Sufrimiento fetal	59	32.41
Baja reserva fetal	20	10.98
Periodo intergenésico corto	21	11.53
Desproporción fetopélvica	35	19.23
Trabajo de parto no progresivo	7	3.84
Cérvix desfavorable para inductoconducción	5	2.74
Presentación pélvica	9	4.94
Enfermedad hipertensiva del embarazo	26	14.28

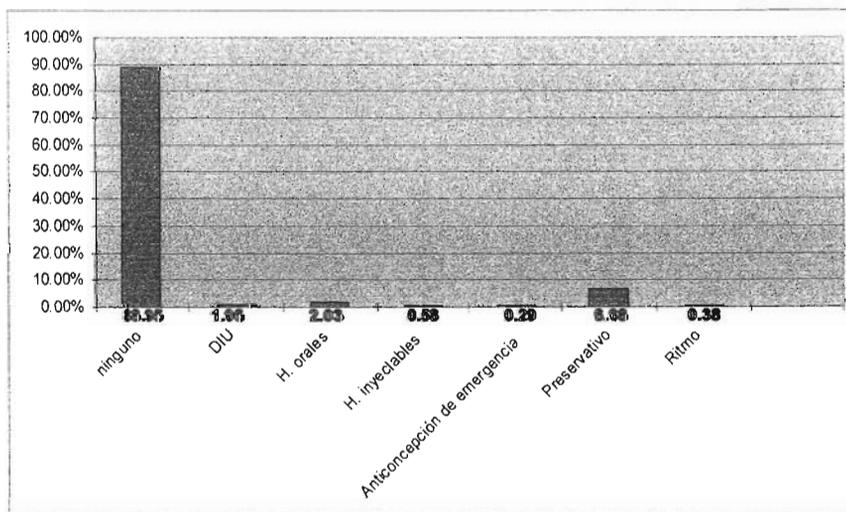
Fuente: expedientes del archivo clínico del hospital.

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

En lo que respecta a las complicaciones en el puerperio, la mastitis se presentó en forma más frecuente, con 73 pacientes (7.07%), seguida de la decuiditis: 46 pacientes (4.45%), infección de herida quirúrgica 13 pacientes (1.25%) y dehiscencia de herida quirúrgica sólo en 4 pacientes (0.38%).

En cuanto al método de planificación familiar antes del embarazo se encontró: ninguno en 918 pacientes (88.95%) la anticoncepción de emergencia fue el método en 3 pacientes (0.29%). Figura 4.

Figura 4. Métodos de planificación familiar en las adolescentes embarazadas previo al embarazo.



Fuente: expedientes del archivo clínico.

DISCUSIÓN

El embarazo en la mujer adolescente aún continúa siendo un reto no sólo para el sector salud, sino para toda la sociedad a la que pertenece por las repercusiones psicosociales que resultan del embarazo en estas pacientes; no obstante, la alteración biológica ha sido la menos comprendida y la que ha presentado más controversias.

En estudios previos se había reportado que la edad de inicio de vida sexual en adolescentes del área urbana era de 16.7 años, ³ sin embargo, en este estudio se encontró que la media fue de 15.9, lo cual es menor a lo reportado en datos previos, por lo que se considera que los adolescentes sí tienden a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas. Se sabía también que había correlación directa entre el grado de estudio y el inicio de vida sexual, ^{10,11} lo cual también se observó en este estudio, donde el mayor porcentaje de las pacientes se encontró en secundaria terminada (27.52%) y la media de inicio de vida sexual coincide con la edad en la que se encuentran en la secundaria. Se había informado también que la madre adolescente es más común que tenga limitaciones en el aspecto educativo, ⁶ lo que coincide con los datos obtenidos en este estudio, ya que sólo el 9.88% se encontró con bachillerato.

En lo que respecta a las patologías asociadas al embarazo, en estudios previos se encontró que la infección de vías urinarias era la patología más común y muchas veces responsable de la alta frecuencia de amenaza de parto prematuro. En este estudio se encontró que la más frecuente fue la

anemia: 25.96% y la infección de vías urinarias en segundo lugar con 15.98%. La amenaza de parto prematuro sólo se observó en 42 pacientes (4.06%). La ruptura prematura de membranas se había reportado hasta en un 9%, lo que difiere con lo encontrado en este estudio, donde se observó en un 11.04%, lo cual puede estar asociado a otros factores como los nutricionales, ya que como se comentó, la anemia se encontró en el 25.96%. En estudios más recientes se encontró que era más común que las madres adolescentes fueran nulíparas, sin pareja permanente, con bajo peso al nacer y mayor frecuencia de enfermedad hipertensiva.^{16,17,18} En este estudio se encontró que el mayor porcentaje correspondió a primigestas: 69.67%. Se encontró además, que un gran porcentaje (mas del 80%) se encontró en periodo de embarazo de término (37 a 41 semanas) lo cual contrasta con lo anteriormente reportado ya que se consideraba que una gran porcentaje de los embarazos en estas pacientes eran con productos prematuro; el embarazo prolongado sólo se observó en 0.96% y el parto pretérmino se observó en poco más del 14%. En cuanto al aborto, se observó en porcentaje también bajo: 9.59% para el primer trimestre y 1.64% del segundo trimestre. Se había reportado también que tenían riesgo más alto de parto vaginal por fórceps, hemorragia posparto y endometritis puerperal.^{16,18,19} En el estudio se encontró sólo 9 pacientes con aplicación de fórceps; la hemorragia postparto también tuvo un porcentaje muy bajo, 0.77% (8 pacientes). Así mismo, la deciduitis sólo se observó en 46 pacientes (4.45%). Lo cual sugiere que las pacientes adolescentes no presentan riesgo más elevado de dichas complicaciones.

En cuanto al método de planificación, reportes previos señalaban que sólo un 24% de adolescentes declaraban haber utilizado un método de planificación en su primera relación sexual. ⁶ Cifra mucho menor se encontró en este estudio, ya que el 88.95% refirió no haber utilizado ningún método. Sólo el 6.68% utilizó el preservativo.

Por consiguiente, se puede observar que la patología mas común en el embarazo de las adolescentes encontrada en este estudio fue la anemia, lo cual, aunado a factores infecciosos, como la infección de vías urinarias y la cervicovaginitis, pueden tener relación directa con la presencia de ruptura prematura de membranas, ya que dicha patología se observó en un porcentaje mayor que lo reportado en estudios previos. Sin embargo, esto no tiene gran repercusión en durante el curso del embarazo y del puerperio, ya que las complicaciones encontradas se encuentran por debajo de las encontradas en estudios previos.

En este estudio se amplía el conocimiento sobre las complicaciones y la resolución del embarazo en la adolescente que acude a hospitales del sector público. Se pone de manifiesto también la necesidad de implementar programas de sexualidad en la adolescencia en escuelas incluso desde el nivel primaria y especialmente en nivel secundaria, ya que es donde se ha observado el mayor problema; haciendo énfasis en cuanto a embarazo en la adolescencia y especialmente en métodos de planificación familiar para incrementar el conocimiento sobre dichos métodos en este grupo de edad, ya que es muy bajo el porcentaje de adolescentes que usan un método en

sus relaciones. Y de esta manera contribuir para disminuir la morbilidad en el curso y desenlace del embarazo en la adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Monterrosa, A. Anticoncepción en adolescentes. *Actualización médica permanente*. Ascofame. 1999. cuaderno No. 8.
- 2.-Monterrosa, A. Anticoncepción y embarazo. *Tribuna médica*. 1999; 94 (4): 18-30.
- 3.-Santos, J. Villa, J. García, M: León, G. Quezada, S. Tapia, R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública Méx*. 2003; 45 S1: 140-52.
- 4.-Carranza, S. *Fundamentos de endocrinología ginecológica y reproductiva*. Masson Doyma, México 2003. pp 59-73.
- 5.-Pérez, E. *Atención integral de la infertilidad*. Mc Graw Hill. México, 2003, pp 45-58.
- 6.-Singh, S. Adolescent childbearing in developing countries: a global review. *Studies in family planning*. 1998; 29: 117-36.
- 7.-Phipps, G. Sowers, M. Defining early adolescent childbearing. *A J Public Health*. 2002; 92: 125-28.
- 8.-Tripp, J. Rossel, V. ABC of adolescence sexual health, contraception and teenage pregnancy. *BMJ*. 2005; 330: 590-93.
- 9.-Organización Panamericana de la Salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe: Revisión bibliográfica 1988-1998, Washinton, DC.: OPS. 2000.

- 10.-Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los adolescentes en México. Diagnóstico de Sociodemográfico. México, D.F.: CONAPO, 2002.
- 11.-Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados Generales. México D.F.: Secretaria de Educación Pública, *Instituto Mexicano de la Juventud*, agosto 2002.
- 12.-León, J. Hernández, L. Hernández, M. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la República Mexicana. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70 (7): 320-27.
- 13.-Dirección General de Salud Reproductiva. La Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes. México, D.F.: SSA-DGSR, 1999.
- 14.-Jolly, C. Sebire, N. Robinson, S. Regal, L. Obstetric og pregnancy in women less than 18 years old, *Obstet Gynecol.* 2000; 96: 962-66.
- 15.-Guttmacher, A. Intro a New World : young women's sexual and reproductive lives. *New Cork, Alan Guttmacher Institute.* 1998.
- 16.-Conde, A. Balizan, J. Lammers, C. Maternal Perinatal Morbidity and mortality asociated with adolescent pregnancy in Latin America, Cross-sectional study. *AJ Obstet Gynecol.* 2005; 192: 342-49.
- 17.-Lubarsky, E. Friedman, A. Mercer, M. Sibai, M. Obstetric characteristics among nulliparan under age 15. *Obstet Gynecol* 1999; 84: 365-68.
- 18.-Smith, S. Pell, P. Teenage pregnancy adn risk of adverseperinatal outcomes asociated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ.* 2001; 323: 476-79.

19.-Fraser, M. Brockert, E. Ward, H. Asociation of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med.*1999; 332: 1113-17.

20.-Spear, J. Lock, S. Qualitative research on adolescent pregnancy : A descriptive review and analysis. *J Ped N.* 2003; 18 (6): 397-408.

21.-Miller, S. Win, C. Coie, D. Malone, S. Lockman, J. Risk factors, for adolescent pregnancy reports among african american males. *J Res A.* 2004; 14 (4): 471-95.

22.-Rigsby, C. Macones, A. Driscoll, A. Task factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers a review of the literatura. *J Ped and Adol Gynecol.* 1998; 11: 115-26.