



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SECRETARIA DE SALUD
BENEMÉRITO HOSPITAL GENERAL
"JUAN MARÍA DE SALVATIERRA"

**"COMPARACION RETROSPECTIVA EN LA
RESOLUCION OBSTETRICA DE MUJERES
MENORES DE 17 AÑOS ENTRE 1997 Y 2007 EN UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE BAJA
CALIFORNIA SUR"**

TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. GATICA GALINA LEOPOLDO ENRIQUE

ASESOR DE TESIS

DR. CARDOZA LOPEZ LUIS

LA PAZ, BAJA CALIF. SUR

AGOSTO DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

BENEMÉRITO HOSPITAL GENERAL JUAN MARÍA DE
SALVATIERRA

TESIS DE POSTGRADO

**“COMPARACION RETROSPECTIVA EN LA RESOLUCION
OBSTETRICA DE MUJERES MENORES DE 17 AÑOS ENTRE
1997 Y 2007 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE
BAJA CALIFORNIA SUR”**

PRESENTA

DR. LEOPOLDO ENRIQUE GATICA
GALINA

DR. MAURICIO PADILLA RAMIREZ
JEFE DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. CARLOS ARRIOLA
ISAIS
TITULAR DEL CURSO

DR. LUIS CARDOZA LOPEZ
ASESOR DE TESIS

DR. MARIO SALOMON
VELAZQUEZ SUB
DIRECTOR DE INOVACION
Y ENSEÑANZA ESTATAL

DR. GUSTAVO J. FARIAS NOYOLA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION

AGRADECIMIENTOS

Establecer con nombres el conjunto de personas que acompañaron la formación académica y la formación humana, y adjudicar a cada una cierto valor de importancia en estos cuatro años de vida pudiera parecer sencillo y rutinario. Pero al parecer la lista se vuelve inmensa y tratar de aminorar en importancia o responsabilidad la presencia de nombres me parece complicado.

Agradezco a cada una de las personas que formaron parte de mi vida en estos cuatro años, desde cada uno de mis compañeros de trabajo, maestros, colegas, estudiantes, enfermeras, pacientes que me formaron en cuatro años de trabajo y sobre todo al grupo de personas que aunque muchas veces estuvo lejos de mi con su apoyo incondicional han hecho de esta experiencia una parte importante de mi formación académica y humana mi familia y mi amor, gracias a ellos todo tiene sentido y se construye día a día un lugar mejor para cohabitar y servir, siendo al final este el objetivo más grande que acompaña la felicidad.

GRACIAS A TODOS USTEDES

INDICE

INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	2
- Adolescencia.....	3
- Embarazo en la adolescente.....	4
- Estadísticas del embarazo en adolescentes.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACION.....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	9
OBJETIVOS.....	10
- Generales	
- Específicos	
PACIENTES Y METODOS.....	13
TIPO DE ESTUDIO.....	13
TIPO DE MUESTRA.....	13
POBLACION DE ESTUDIO.....	13
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	13
CRITERIOS DE INCLUSION.....	14

CRITERIOS DE EXCLUSION.....	14
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	14
VARIABLES.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSION.....	17
CONCLUSIONES.....	21
ANEXOS.....	22
- Hoja de recolección de datos	
- Gráficas	
BIBLIOGRAFIA.....	23

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescente más que una forma de clasificar a un grupo de mujeres en cierto rango de edad, es una serie de situaciones muy particulares que hacen a cada una de estas pacientes un universo individual para resolver satisfactoriamente durante todo el periodo de la gestación en el que se encuentran.

Las diferencias sociales culturales económicas de cada grupo humano le da a este tema de estudio más que un enfoque científico con muchas variables muy complejas, un enfoque humano con la posibilidad de convertir a la medicina no solo en ciencia sino en arte, mismo que se practica se trabaja y se perfecciona en cada consulta en cada ejercicio clínico de nuestra profesión.

Determinar un marco teórico que forme parte de las herramientas clínicas para tomar decisiones terapéuticas acertadas es en este momento uno de los objetivos de estudiar a este grupo humano diverso con las particularidades de la población que se encuentra en la península de baja california sur, lleno de variables y fenómenos humanos que necesitan individualizarse.

De esta forma el estudio de este grupo de pacientes embarazadas nos propone un reto académico y humano que hace alarde de nuestra paciencia y nuestra habilidad clínica.

MARCO TEÓRICO

Existe controversia en la presentación de complicaciones obstétricas en las madres adolescentes variando de forma muy diversa en los diversos reportes bibliográficos no solo de la situación mundial sino también de la situación nacional, existiendo reportes que afirman estadísticamente con poblaciones diversas la mayor incidencia de complicaciones obstétricas en mujeres adolescentes contra otras que lo niegan en otras condiciones sociales y culturales.

Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. "Su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros."²

La OMS define adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica, fijando sus límites entre los 10 y 20 años.³

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, se considera el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.⁴

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo.

Preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.⁴

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.⁴

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

La situación cultural es de suma importancia ya que se presentan en el mundo diversas culturas que fomentan el matrimonio a temprana edad acompañándose de la aceptación social y la vinculación adecuada con los sistemas de salud, la educación del adolescente involucra no solo a la paciente sino que también a su núcleo familiar teniendo mayor prevalencia esta situación en grupos marginados que se relacionan muchas veces con abuso físico psicológico y sexual.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se le define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el

porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. ⁵

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda, en América latina el país con la tasa de fecundidad más alta lo ocupa Haití y la tasa de fecundidad más baja lo ocupa Puerto Rico, en México se reporta una tasa de fecundidad de 64.2 disminuyendo esta paulatinamente en los últimos años, encontrándose México en un punto intermedio entre estos extremos.^{5,6,8}

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. ⁷

El consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

En Israel la población Judía que cursa la educación media en un porcentaje cercano al 80% ya se encuentra en algunos grupos

específicos comprometidos en matrimonio teniendo una mayor incidencia en embarazo en adolescentes no relacionándose esto con una mayor problemática en la resolución obstétrica comprendiendo casi a toda esta población dentro de la adolescencia media y con claros índices de mayor apoyo académico familiar social y cultural.⁸

El embarazo en menores de 18 años es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

9,10

El embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

El embarazo en la adolescente es un evento que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales así como incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. ⁵

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. ⁵

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Y en múltiples ocasiones es un embarazo por abuso sexual generalmente dentro del núcleo familiar. ⁵

Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a

su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. ⁵

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, ya tienen establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como instrumento que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.^{2,4,5}

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.⁴

Para aplicar el enfoque de salud sexual y reproductiva es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del Crecimiento y Desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la femineidad y su entorno social. ⁴

ESTADÍSTICAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La estadística que se reporta en la bibliografía varía por múltiples razones la existencia de diferencias sociales culturales en las diferentes poblaciones mundiales determina la presentación de estadísticas diversas que plantean situaciones específicas en poblaciones específicas siendo la importancia de este trabajo el establecer un marco de referencia estadístico que refleje la población de la península de Baja California Sur.

Se reporta que del total de la población mundial 25% son adolescentes.⁶

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo.⁵

En EE.UU, la primera visita a control prenatal, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años, 1 millón de adolescentes se embarazan cada año en los estados unidos de América y se estima el costo entre 7 y 15 billones de dólares del presupuesto en salud, 7% de la población americana embarazada se encuentra entre los 15 y 19 años.^{14,15,16,17}

En Salamanca España, el 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45,64% lo son fuera de él, y un 11,7% no son controladas. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo.⁴

En México se reportan 400 mil embarazos en madres adolescentes menores de 19 años durante un año, en el año 2001 solo 7% del total de consultas reportadas a nivel nacional fue hecha para madres adolescentes siendo que existen alrededor de 22 millones de adolescentes de los cuales un poco más de la mitad son mujeres.^{4,6,11}

En Turquía en un hospital de segundo nivel se atendió del total de nacimiento el 11.8% correspondiendo a mujeres adolescentes.¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo en mujeres menores de 18 años se asocia en algunos reportes a una mayor morbimortalidad materna y fetal en la resolución obstétrica en el mundo, se compara a las mujeres embarazadas menores de 18 años atendidas en el Hospital Juan María de Salvatierra de la Paz Baja California Sur durante todo el año 1997 con el año 2007.

JUSTIFICACION:

Comparar con diez años de diferencia la incidencia de embarazo en mujeres menores de 18 años así como la edad promedio de la Menarca, la edad promedio IVSA el porcentaje de mujeres con más de una pareja sexual, el porcentaje de mujeres con más de un embarazo, el porcentaje de mujeres con adecuado control prenatal, el promedio del resultado de apgar en los nacimientos, el peso promedio de los productos, el porcentaje de cesáreas, el porcentaje de anticoncepción post parto, el porcentaje de embarazos prolongados, prematuridad, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, desgarros de tercer y cuarto grado, periodos expulsivos prolongados, que se presentaron en este grupo de edad en las mujeres atendidas en el Hospital Juan María de Salvatierra de la Paz Baja California Sur.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Existen diferencias entre el porcentaje de embarazos en menores de 18 años, el promedio de la edad de la Menarca, el promedio de edad de IVSA, el porcentaje de mujeres con más de un compañero sexual, el porcentaje de mujeres con más de una gestas, el porcentaje de mujeres con adecuado control prenatal, el resultado promedio de apgar, el peso promedio de los productos, el porcentaje de cesáreas, el porcentaje de la anticoncepción post parto, el porcentaje de embarazos prolongados, prematuridad, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, desgarros de tercer y cuarto grado, periodos expulsivos prolongados. Entre todos los nacimientos de menores de 18 años del año 1997 comparados con los del 2007 en el Hospital General Juan María de Salvatierra de BCS.?

OBJETIVO:

Determinar el porcentaje de embarazos en menores de 18 años, el promedio de la edad de la Menarca, el promedio de edad de IVSA, el porcentaje de mujeres con más de un compañero sexual, el porcentaje de mujeres con más de un embarazo, el porcentaje de mujeres con adecuado control prenatal, el resultado promedio de apgar, el peso promedio de los

productos, el porcentaje de cesáreas, el porcentaje de anticoncepción post parto, el porcentaje de embarazos prolongados, prematuridad, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, desgarros de tercer y cuarto grado, periodos expulsivos prolongados, entre las menores de 18 años embarazadas durante todo el año de 1997 y las menores de 18 años embarazadas durante el año 2007 y de esta forma determinar si existen diferencias a lo largo de 10 años.

OBJETIVO GENERAL:

Comparar las diferencias de presentación de varios factores en todas las mujeres embarazadas menores de 18 años atendidas durante el año 1997 contra todas las mujeres embarazadas menores de 18 años atendidas en el año 2007. Estableciendo referencias estadísticas sólidas con la comparación retrospectiva de 10 años que permitan formar parte del marco teórico que complementa decisiones terapéuticas en pacientes atendidas en el futuro en el hospital con este rango de edad.

Así como formar parte de la información disponible en escuelas, centros de salud, centros de atención de adolescentes, departamentos de planificación familiar, consultorios médicos y medios de comunicación para uso estadístico, educativo e informativo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Establecer el porcentaje de embarazadas menores de 18 años atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra en el año 1997 y el año 2007 y si existe diferencia.

Establecer la edad promedio de la menarca en las mujeres embarazadas menores de 18 años atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra, y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer la edad promedio del inicio de vida sexual en las mujeres embarazadas menores de 18 años atendidas dentro de

la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de mujeres menores de 18 años embarazadas con más de una pareja sexual atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de mujeres menores de 18 años embarazadas primigestas atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de mujeres menores de 18 años con adecuado control prenatal atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el promedio del resultado APGAR en los recién nacidos de mujeres menores de 18 años atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el promedio del peso en los recién nacidos de mujeres menores de 18 años atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de cesáreas en mujeres menores de 18 años atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años que recibieron planificación familiar post evento obstétrico atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años que cursaron con embarazo prolongado atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años con prematuridad atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años con ruptura prematura de membranas atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años con preeclampsia atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años con resultados de APGAR menores de 8 a los cinco minutos atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años con desgarros de tercer y cuarto grado atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

Establecer el porcentaje de pacientes menores de 18 años con periodos expulsivos prolongados atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra y si existe diferencia entre el año 1997 y el año 2007.

PACIENTES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, Retrospectivo, Observacional.

TIPO DE MUESTRA:

Muestreo consecutivo no aleatorizado, de un total de 512 pacientes, se incluyen 231 pacientes menores de 18 años en 1997 y 281 pacientes menores de 18 años en 2007.

LUGAR:

Hospital General Juan María de Salvatierra, servicio de Ginecología y Obstetricia. La Paz, Baja California Sur.

POBLACION DE ESTUDIO:

Pacientes menores de 17 años 11 meses y 29 días con trabajo de parto de embarazos mayores de 20 semanas y 500 gramos que llegaron a la expulsión de sus productos ingresadas al Servicio de Toco cirugía del Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra de la Secretaria de Salud de La Paz, Baja California Sur.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se incluyeron todas las pacientes que se capturaron en 1997 y 2007 con los criterios señalados, no requirió un cálculo de tamaño de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes menores de 17 años 11 meses y 29 días con embarazo mayor de 20 semanas y con peso mayor de 500gr que llegaron a la resolución de su embarazo en la unidad toco quirúrgica del hospital Juan María de Salvatierra en el año 1997 y en el año 2007.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes fuera del rango de edad, pacientes con diagnostico de aborto de cualquier tipo, pacientes que no finalizaron su atención obstétrica en el hospital (Altas voluntarias) Incapacidad de obtener toda la información en el expediente clínico.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

No contar con expediente clínico hospitalario completo para la obtención de los datos buscados.

VARIABLES:

Cualitativas nominales

RESULTADOS

1997

De 1664 nacimientos 231 fueron menores de 18 años (13.8%).

Menarca 12.2 años.

IVSA 15.1 años.

Haber contado con más de un compañero sexual 18.19%.

Primigestas 78.78%.

Adecuado control prenatal más de cuatro citas 87.44%.

Apgar promedio al minuto y a los 5 minutos 8/10.

Peso promedio 3227gr.

Cesáreas 21.60%.

Anticoncepción post parto 87.44%.

Embarazo prolongado mayor de 41 semanas por amenorrea

4.76%.

Prematurez productos menores de 37 semanas 2.59%.

Ruptura prematura de membranas más de 6 horas 2.16%.

Preeclampsia 1.73%.

Apgar menor 8, 4.76%.

Desgarros de tercer y cuarto grado 3.03%.

Periodos expulsivos prolongados 1.29%.

2007

De 2178 nacimientos 281 fueron menores de 18 años (12.9%).

Menarca 12.4 años.

IVSA 15.3 años.

Haber contado con más de un compañero sexual 19.6%.

Primigestas 83.69%.

Adecuado control prenatal más de cuatro citas 83.62%.

Apgar promedio al minuto y a los 5 minutos 8-8.

Peso promedio 3226gr.

Cesáreas 32.38%.

Anticoncepción post parto 19.57%.

Embarazo prolongado mayor de 41 semanas por amenorrea 3.55%.

Prematurez productos menores de 36 semanas 2.13%.

RPM más de 6 horas 2.49%.

Preeclampsia 1.06%.

Apgar menor 8, 1.42%.

Desgarros de tercer y cuarto grado 3.20%.

Periodos expulsivos prolongados 1.77%.

DISCUSION

En lo relacionado a nuestro país las estadísticas presentadas conocidas son reportadas entre otras instituciones por el Instituto nacional de perinatología ⁶ quienes afirman encontrar mayor número de complicaciones obstétricas en mujeres adolescentes mencionando el gran numero de variables que determinan cada caso estudiado y la dificultad de establecer un adecuado seguimiento teniendo tantas variables en estudio.

El promedio de embarazadas menores de 18 años atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra entre el año 1997 y el 2007 fue del 13.05% en el año 1997-13.8% y en el año 2007-12.9%, se encontró una diferencia porcentual del 0.9%.

La edad promedio de la menarca en las mujeres embarazadas menores de 18 años atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra entre el año 1997 y 2007 fue de 12.3% sin existir diferencia de edad entre el año 1997 y el año 2007.

La edad promedio del inicio de vida sexual en las mujeres embarazadas menores de 18 años atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra es 15.2% y no existe diferencia en la edad entre el año 1997 y el año 2007.

El porcentaje de mujeres menores de 18 años embarazadas con más de una pareja sexual atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 18.89%. En el año 1997-18.19% y en el año 2007-19.6% existiendo una diferencia porcentual del 1.41%

El porcentaje de mujeres menores de 18 años embarazadas primigestas atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 81.23%. En el año 1997-78.78% y el año 2007-83.69% existiendo una diferencia porcentual de 4.91%.

El porcentaje de mujeres menores de 18 años con adecuado control prenatal atendidas dentro de la unidad toco quirúrgica del

Hospital Juan María de Salvatierra fue de 85.3%. En el año 1997-87.44% y el año 2007-83.62% existiendo una diferencia porcentual de 3.82%.

El promedio del resultado APGAR en los recién nacidos de mujeres menores de 18 años atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra es de 8/9. En el año 1997-8/10, en el año 2007 8/8.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años con resultados de APGAR menores de 8 a los cinco minutos atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 3.09%. En el año 1997-4.76% y en el año 2007-1.42% con diferencia porcentual de 3.34%.

El peso promedio en los recién nacidos de mujeres menores de 18 años atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra es de 3226.5gr y solo existe diferencia en un gramo entre el año 1997 y el año 2007.

El porcentaje de cesáreas en mujeres menores de 18 años atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 26.99%. En el año 1997-21.6% y en el año 2007-32.38% existiendo una diferencia porcentual de 10.78%, presentándose mayor número de cesáreas en el 2007.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años que recibieron planificación familiar post evento obstétrico atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 54.5%. En el año 1997-87.44% y en el año 2007-19.57% existiendo diferencia porcentual de 67.87%.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años que cursaron con embarazo prolongado atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 4.15%. En el año 1997-4.76% y en el año 2007-3.55%. Con diferencia porcentual de 1.21%.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años con prematuridad atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 2.36%. En el año 1997-2.59% y en el año 2007-2.12% existiendo diferencia porcentual de 0.46%.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años con ruptura prematura de membranas atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 2.32%. En el año 1997-2.16% y en el año 2007-2.49% existiendo diferencia porcentual de 0.33%.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años con preeclampsia atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 2.69%. En el año 1997-1.73% y el año 2007-1.06% con diferencia porcentual de 0.67%.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años con desgarros de tercer y cuarto grado atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 3.11%. En el año 1997-3.03% y en el año 2007-3.20% con diferencia de 0.17%.

El porcentaje de pacientes menores de 18 años con periodos expulsivos prolongados atendidas dentro de la unidad tóco quirúrgica del Hospital Juan María de Salvatierra fue de 1.53%. En el año 1997-1.29% y en el año 2007-1.77% con diferencia de 0.48%.

Al ingresar una paciente embarazada a resolver su embarazo con trabajo de parto a la unidad tóco quirúrgica del hospital Juan María de Salvatierra se espera que el 13.05% sea menor de 18 años, de estas mujeres menores de 18 años la edad de su menarca se espera haya sido a los 12 años, la edad promedio del inicio de su vida sexual fue a los 15 años, 18.89% de estas pacientes pudieron haber tenido más de una pareja sexual, el 81.23% probablemente sea primigesta, el 85.3% probablemente tuvo adecuado control prenatal, el promedio del resultado de APGAR se espera que sea de 8/9 al nacimiento de su producto, el peso promedio de su producto se espera que sea alrededor de 3226.5gr, se le realizara cesárea para el nacimiento de su producto al 26.99% de estas pacientes. Se espera reciban 54.5% planificación familiar post evento obstétrico. 4.15% podrán cursar con un embarazo prolongado, 2.36% podrán tener productos prematuros, 2.32% tendrán ruptura prematura de membranas, 2.69% tendrán preeclampsia, 3.09% tendrán

resultados de APGAR a los 5 minutos menores de 8, 3.11% tendrán un desgarro de tercer o cuarto grado, y 1.53% podrán cursar con un periodo expulsivo prolongado.

CONCLUSIONES

En el año de 1997 se observó una mayor frecuencia de embarazos en menores de 18 años así como una mayor frecuencia de anticoncepción post parto comparada con el 2007. En el año 1997 se obtuvo una menor frecuencia de cesáreas y de complicaciones comparado con el 2007, concluimos que la morbimortalidad del embarazo en menores de 18 años fue mayor en el año 2007 en comparación con el año 1997.

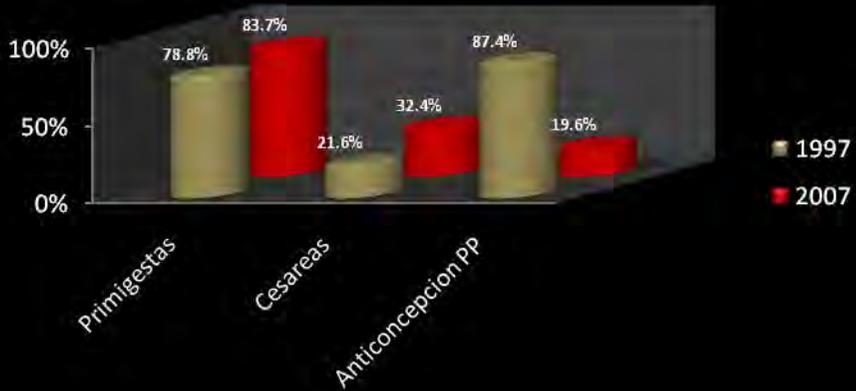
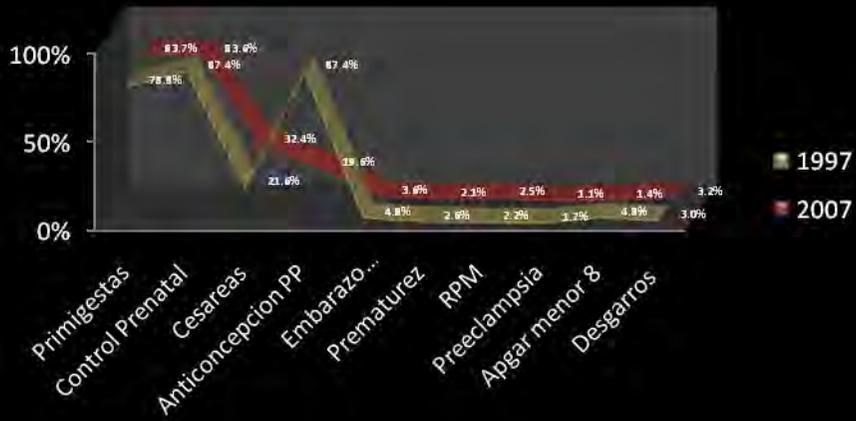
Se estableció un marco de referencia que permite la comparación con otros estudios al momento de hablar sobre embarazo en menores de 18 años, ya que muchos autores consideran a la mujer menor de 18 años como una paciente en mucho mayor riesgo de padecer complicaciones obstétricas se espera con esta revisión tener el marco teórico que permita incidir en la población femenina y masculina adolescente para de alguna forma reducir el índice de nacimientos en esta edad de la vida que aunque no implica mayores riesgos obstétricos socialmente pudiera complicar el desarrollo personal de los miembros de la sociedad sud californiana.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

Enero						
Expediente	Inicio de Vida Sexual	Menarca	Primi / Multi	Unisex / Multi	Buen control /	
11164		15	13 Primi	Multi 3	B	
30925		15	13 Multi 2	Uni	M	
17624		13	11 Primi	Uni	M	
9920		16	12 Primi	Uni	B	
20949		16	14 Primi	Uni	M	
18576		16	14 Primi	Uni	B	
18891		15	12 Primi	Uni	B	
18895		15	13 Multi 2	Multi 2	M	
29000		15	11 Primi	Uni	B	
14512		12	11 Pimi	Multi 2	B	
4336		12	11 Multi 2	Multi 2	B	
16078		12	12 Primi	Uni	B	
16031		15	13 Primi	Uni	B	
16104		15	13 Primi	Uni	B	
16211		17	15 Primi	Uni	B	
16034		15	12 Primi	Uni	B	
47677		15	11 Primi	Multi 2	B	
21034		14	12 Multi 2	Multi 3	M	
28536		14	11 Multi 3	Multi 2	M	
18133		17	13 Primi	Uni	B	
Unisex / Multi	Buen control /	Apgar	Peso	Metodo / No r	Cesarea/Parto	
Multi 3	B	8,9	2740	No	Cesarea	
Uni	M	8,9	3700	No	Parto	
Uni	M	9,9	3100	No	Cesarea	
Uni	B	9,9	2900	No	Parto	
Uni	M	9,9	3570	No	Parto	
Uni	B	8,9	4100	No	Cesarea	
Uni	B	8,9	2830	No	Parto	
Multi 2	M	8,9	3410	No	Cesarea	
Uni	B	7,8	2680	No	Parto	
Multi 2	B	9,9	2200	No	Cesarea	
Multi 2	B	8,9	3500	No	Parto	
Uni	B	7,9	3750	No	Parto	
Uni	B	0,0	1150	No	Parto	
Uni	B	8,9	3800	No	Cesarea	
Uni	B	9,9	3270	No	Parto	
Uni	B	9,9	3240	No	Parto	
Multi 2	B	8,9	3020	DIU	Parto	
Multi 3	M	9,9	2410	No	Cesarea	
Multi 2	M	8,9	2600	No	Parto	
Uni	B	7,9	3950	No	Parto	

GRAFICAS



BIBLIOGRAFIA

- 1. Keskinoglu Pembe, Bilgic Nurcan, Picakcife Metin, et all. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers: J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:19-24**
- 2. Escobar & Muñoz. Estudio Cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes. 1995.**
- 3. Villegas, M. Atención Integral de Salud del Adolescente. 1992. MSAS/OMS/OPS.**
- 4. Molina R., Sandoval J., Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente; Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2000 – EFACIM-EDUNA, Asunción.**
- 5. Dr Tomas J .Silber y colaboradores. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medicina de la adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de programas de Salud. No 20. Washington, D. C. 1992.**
- 6. Samuel Karchmer K., Carlos Fernandez Del Castillo Obstetricia y Medicina Perinatal Temas Selectos. Tomo 1**
- 7. Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).**
- 8. Ruth R. Geist, Yoram Beyth Perinatal Outcome of Teenage Pregnancies in a Selected Group of Patients, J Pediatr Adolesc Gynecol (2006) 19:189–193**
- 9. Santos Preciado José Ignacio. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. Salud Pública de México / vol.45, suplemento 1 de 2003**

10. Stewart A., Walsh J., Van Eyk N. Adverse Outcomes Associated with Adolescent Pregnancy. NASPAG 22 59 nd Annual Clinical Meeting 2008
11. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández del Castillo. Ginecología y Obstetricia aplicadas, Manual moderno 2ª ed.
12. Victoriano Llaca Rodríguez, Julio Fernández Alba. Obstetricia clínica. McGraw Hill.
13. Héctor Alfaro Rodríguez, Sergio Fiorelli Rodríguez. Complicaciones médicas en el embarazo. 2ª
14. Sweeney PJ: Adolescent pregnancy. In: Pediatric and Adolescent Pregnancy. W.B Saunders, 1994, pp 299–309
15. Fielding JE: Adolescent pregnancy revisited. N Engl J Med 1978; 299:893
16. Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. BrJ Obstet Gynecol 1999; 106:116–21
17. Klima CS: Centering pregnancy: a model for pregnant adolescents. J Midwifery and Women's Health 2003; 48(3): 220–5
18. Haley N, Roy E, Leclerc P, Boudreau JF, Boivin JF. Characteristics of adolescent street youth with a history of pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004; 17:313-20
19. Miller BC: Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. J Sex Res 2002; 39(1):22–6
20. Burstein GR, Lowry R, Klein JD, et al. Missed opportunities for sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention services during adolescent health supervision visits. Pediatrics 2003;111:996–1001.

- 21. Lafferty WE, Downey L, Shields A, et al. Adolescent enrollees in medicaid managed care: the provision of well care and sexual health assessment. J Adolesc Health 2001;28:497–508.**
- 22. Millstein SG, Igra V, Gans J. Delivery of STD/HIV prevention services to adolescents by primary care physicians. J Adolesc Health 1996;19:249–57.**
- 23. Frost JJ, Forrest JD. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. Fam Plann Perspect 1995;27:188–95.**
- 24. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd edition. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins; 1996.**
- 25. Ackard DM, Neumank-Sztainer D. Health care information sources for adolescents: age and gender difference on use, concerns, and needs. J Adolesc Health 2001;29:170–6.**