

128
20j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Medicina
Division de Estudios de Postgrado
Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, PROBLEMA MEDICO SOCIAL
Análisis del Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala" I.M.S.S.

T E S I S

Que para obtener el Título de Especialista en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

GUSTAVO MOLINA ADAME

Asesor: Dr. Bernardo Marcushamer Miller

México, D.F.

1987

J. Miller

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INTRODUCCION.

El estudio de la paciente adolescente se ha enfocado desde varios puntos de vista, que incluyen tanto aspectos de orden médico como social.(7). Los factores que anteceden en la aparición del embarazo en la adolescente son complejos y constituyen uno de los problemas de la sociedad contemporánea, pues entrañan mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social. (13, 21, 27). Los hábitos y la actividad sexual de los adolescentes han cambiado mucho en las últimas décadas (5), así como el impacto - que tienen en la conducta de los adolescentes los medios de comunicación y la más temprana maduración somática y sexual, indudablemente contribuyen a la iniciación precoz de la actividad sexual entre adolescentes solteras y en consecuencia, en el aumento de embarazos tempranos en todos - los grupos socioeconómicos. (5, 9, 17, 7).

Se calcula que el 30% de la población general se encuentra en esta etapa de la vida, característico de países subdesarrollados como el nuestro. - (2,33).

La población mexicana es eminentemente joven, debido a la elevada tasa de natalidad de las últimas tres décadas y a la rápida declinación de la mortalidad, se ha venido operando un proceso de rejuvenecimiento de la población.

No existen límites precisos de edad para la adolescencia; se toman dos - grupos el de 10 a 14 y el de 15 a 19 que sumaron según censo de 1980, - 17,029 200 jóvenes, 8,518 700 hombres y 8,510 500 mujeres y que significa ba el 24.5% de la población. (10, 34).

Este porcentaje de población tiene una repercusión económica muy importante y las variables demográficas más importantes que inciden en esta población son: la educación, la salud, la alimentación y servicios.(9, 34, 29).

Demográficamente somos un México nuevo, un México joven que ha logrado disminuir el número de nacimientos en la base de la pirámide en el grupo de

0 a 4 años, pero que actualmente tiene dos grupos de 10 a 14 y 15 a 19 que han aumentado en la última década en más de 5 millones. (29)

De acuerdo al Centro Nacional de Estadísticas para la Salud de los Estados Unidos para 1982 casi el 50% de las adolescentes son menores de 17 años y de estas el 95% son menores de 15 años y el 71% de las que se encuentran entre los 15 y 19 años son solteras (26). En nuestro medio el 90% de las pacientes se encuentran entre los 16 y 17 años de edad como lo señalan Chávez Azuela y K. Ambe en sus respectivas publicaciones. (13, 23).

Así pues, hay que reconocer el hecho de que un alto porcentaje de nuestras próximas generaciones nacerá de madres de 11 a 18 años, lo cual reviste una importancia crítica para encontrar alternativas razonables para mejorar este problema.

La tasa de partos en adolescentes se ha mantenido en la última década, a pesar de la creciente disponibilidad y uso de anticonceptivos y de las campañas federales y del Sector Salud en servicios de Planificación Familiar, amén del aumento en la incidencia de abortos. (29, 35).

En realidad se ha prestado poca atención al consumo e información acertada de los medios anticonceptivos por la población adolescente como forma de evitar el embarazo. (16) Es importante mencionar las restricciones legales, sociales y morales para acceder a la disponibilidad del uso de anticonceptivos en este tipo de pacientes. Estudios recientes han señalado que por los 19 años de edad el 55% de las mujeres solteras han tenido ya una relación sexual, sugiriendo que los problemas de acceso al consumo de los anticonceptivos son la causa fundamental de su falta de utilización por los adolescentes. Mas de la mitad de este tipo de pacientes con actividad sexual no visitan a un médico o a una clínica para obtener información adecuada sobre los métodos anticonceptivos. (16, 25).

Por lo que se anticipa que el número de adolescentes con actividad sexual seguirá aumentando, por lo tanto, las cuestiones clave en los próximos años son, que dirección tomará el comportamiento reproductivo de las adolescentes.

y que incentivos habrá para desviar el énfasis de la presión de los compañeros hacia una reproducción responsable.

La adolescencia es una época de transición en la vida de la mujer, durante la cual deja de ser niña para alcanzar su madurez.

En esta época ocurren importantes cambios anatómicos, funcionales, psicológicos y ambientales que le imprimen características especiales. (20,38,39).

La embarazada adolescente es emocional y físicamente inmadura para cumplir adecuadamente con los procesos de reproducción, entre otros factores debido a que su educación aún es limitada, depende económicamente de sus familiares y en algunas ocasiones aún no logra un buen desarrollo somático.

No hay un consenso uniforme que fije los límites de esta época de la vida y es así que para algunos, la embarazada adolescente es aquella que tiene como límite de edad hasta los 17 años, otros autores al darle la denominación de gestante joven incluyen pacientes hasta los 19 años. (2, 13).

Se considera que el embarazo y el parto en la adolescente es psicológicamente y socioeconómicamente indeseable, independientemente de que la resolución obstétrica sea favorable para la madre y el producto. (1,21).

El embarazo en esta etapa de la vida lleva consigo mayores riesgos, tanto para la futura madre como para el producto. El reconocimiento del alto peligro que representa el embarazo en la adolescente es un concepto relativamente reciente, los textos de obstetricia de 1950 a 1960 solo hacían mención de algunos de los problemas médicos, más que las posibles relaciones entre estos problemas y aspectos demográficos. Desde entonces el rápido aumento de la población de adolescentes y la población creciente de las que quedaban embarazadas ha dirigido la atención a esta parte de la población. El mayor peligro de prematuridad, de muertes neonatales, malformaciones congénitas, desnutrición y bajo peso al nacer y otros hallazgos (13, 15,22) - en las criaturas nacidas de adolescentes han sido descritos desde los años 60; se han señalado los peligros médicos, incluyendo aumento excesivo de peso, parto prolongado, toxemia, desgarros cervicales y aumento en la fre-

cuencia de cesárea y de prematuridad. (13, 38).

Aunque los resultados no especifican factores causales, la idea más común acerca del embarazo en la adolescente, es que guarda relación con el déficit considerable del cuidado prenatal y el resultado es un aumento de la enfermedad hipertensiva del embarazo y de las complicaciones inesperadas durante el parto y el alumbramiento. (13, 38, 41).

El embarazo y la lactancia plantean problemas especiales de nutrición. Una adecuada nutrición durante el embarazo es esencial para el mantenimiento del tejido materno y el óptimo crecimiento y desarrollo fetal. (15).

Los requerimientos nutricios de la adolescente embarazada deben aportar elementos para su crecimiento normal acelerado propio de su edad y además para el bienestar fetal.

Los errores de tipo nutricional son frecuentes en las adolescentes y son mucho más importantes cuando la adolescente procede de un medio socioeconómico y educacional bajos; la mayor parte son deficientes en hierro, proteínas, calcio y vitamina B. (3, 11, 24).

De igual manera durante la lactancia se requiere de sostenido nutricio efectivo, ya que se ha observado que existen requerimientos extraordinarios de calcio y potasio, por lo que en algunas pacientes se encuentran estados de desmineralización ósea de importancia, en comparación con mujeres de la misma edad no lactantes (12, 30)

Muchas veces se tarda en diagnosticar el embarazo en las adolescentes, por ocultar o negar la verdad. Es común que se presenten en las clínicas de pediatría quejándose de dolor de oído, de náuseas y vómitos inexplicables, somnolientas, labilidad emocional o fobia escolar. (37)

El diagnóstico positivo de embarazo en una adolescente, altera sus relaciones familiares y sociales, muchas veces la primera reacción es de incredulidad, o sea la misma que en todas las mujeres de todas las edades al enterarse de que están embarazadas. La adolescente debe pensar muy -

bien en modificar su actitud emocional con el padre del niño si la pareja desarrolla relaciones serias y estables. También es probable que ocurra un gran cambio en sus relaciones con su familiares, amigos y maestros.(37)

Surge así la noción imperiosa de tomar una decisión . ¿Se inducirá al aborto?, ¿desea continuar el embarazo? y, en ese caso, ¿se quedará con el niño o lo dará en adopción? . Muchas veces las adolescentes mayores y las maduras para su edad cronológica toman estas decisiones con facilidad y rapidez pero para otras, estas son cuestiones muy difíciles, plagadas de ambivalencia y a veces sometidas a intensa presión por parte de la sociedad y de la familia. Es probable que se requieran horas de paciente y eficaz asesoramiento para buscar una solución para cada juego de circunstancias. Las soluciones que surjan dependen, de si el embarazo se desee consciente o inconscientemente o no, de la etapa de la gestación y de la posición económica. Muchas veces el papel del padre del niño es crítico en la decisión final, - los factores principales son los objetivos personales, educacionales y profesionales, la presión de los futuros abuelos y el apoyo económico.

El nacimiento de un niño viene acompañado de una serie de necesidades, tanto físicas como psicológicas, independientemente de la edad, estado civil, raza, religión o nivel socioeconómico de sus padres y dependerá, de como sean satisfechas dichas necesidades y la adaptación que con el medio ambiente logre establecerse. El solo hecho de que ese niño sea hijo de una adolescente, lo sitúa dentro del concepto psicológico de alto riesgo, los trabajos de investigación publicados demuestran conscientemente, que los hijos de adolescentes presentan un mayor número de problemas que los hijos de padres adultos, debido primordialmente a factores sociales y psicológicos.(14)

Generalmente provienen de clases socioeconómicas bajas, donde existen serios problemas familiares y frecuentemente de familias desintegradas en las cuales un gran número de ellas son a su vez, hijas de madres adolescentes. Estos padres adolescentes generalmente no tienen ningún interés en el niño y tampoco se sienten preparados para establecer una relación marital o responsabilizarse para tomar su rol correspondiente. Ocasionalmente el embarazo puede ser producto de un rapto o violación o inclusive el resultado de un acto incestuoso. Todos estos factores actúan como determinantes sociales de un serio problema psicológico, el rechazo por parte de ambos padres hacia el pro-

ducto.

Otra situación frecuente, es la ausencia de la figura paterna en los hogares de hijos de madres adolescentes, lo que determina serias dificultades en el proceso de resolución del complejo edípico, lo que les producirá serios problemas de identificación y una distorsión en cuanto a su rol sexual, además, la ausencia de la figura paterna crea severas dificultades para aceptar y relacionarse con la figura de autoridad, ya que el estereotipo de la madre como modelo de identificación sexual es el de una figura débil y sometida provocando continuamente un reto ante cualquier intento que hacen las figuras de autoridad para establecer disciplina. (11)

La familia, es decir el núcleo familiar es de vital importancia en el desarrollo y encauzamiento positivo de los adolescentes y se tiene que tomar en cuenta que a medida que los hijos crecen, los padres deben cambiar. El crecimiento de los hijos y las consecuencias que esto trae consigo son los factores que mas presionan a una familia. Estas presiones, desafían las posturas habituales de una familia, por lo que será necesario encontrar patrones alternativos que permitan resolver, tanto los problemas que van enfrentándose, como descartar antiguos patrones que ya no funcionan.

Si los padres no responden al reto de sus hijos, cambiando sus patrones adaptivos o por lo menos estando dispuestos a considerar nuevas alternativas, la familia se verá expuesta a graves problemas.

Puede afirmarse que uno de los momentos más críticos que una familia enfrenta, es cuando los hijos llegan a la adolescencia, muchos padres, cuyo aporte fué positivo en épocas anteriores empiezan a fallar en esta etapa; muchas veces totalmente horrorizados y enajenados por los nuevos valores de los hijos, que van desde "el largo" del pelo, la ropa, las creencias, el modo de divertirse, su sexualidad y otros. (11)

El resultado final, varía desde familias que se enriquecen con los nuevos valores de los adolescentes y se adaptan a ellos, facilitando el desarrollo de su autonomía e independencia en los hijos hasta familias que se resisten al cambio, quienes a su vez reaccionan con rebeldía manifiesta, que culmina con frecuencia en conducta sintomática.

La otra cara de la moneda la vemos con las familias desintegradas con medio hostil para el buen crecimiento psicológico y biológico adecuados, enmarcados por el alcoholismo y la promiscuidad de sus padres, - cayendo en la brecha de la incomunicación y el olvido, es entonces - cuando el adolescente carente de valores toma el camino de la libertad irresponsable, mal dirigida hacia las actividades sexuales, drogadicción y ausentismo escolar principalmente. (7, 11, 14).

Después de conocer y plantear esta breve semblanza de la problemática médico social de la paciente adolescente embarazada, es lo que nos motiva a efectuar el presente estudio para conocer el estado actual del problema, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS.

Se realiza el estudio prospectivo del 10. de marzo al 30 de octubre - de 1986, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Seleccionando al azar a 400 pacientes adolescentes hasta los 18 años de edad en los diferentes servicios de hospitalización en estado grávido puerperal, investigando aspectos de orden médico social, anticoncepción, sexualidad, resolución obstétrica y características del producto de la concepción entre otros, para tal efecto se elaboró una hoja especial de recolección de datos, que a continuación se anexa.

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
DR. "LUIS CASTELAZO AYALA" I.M.S.S.

CASO No. _____ NOMBRE _____ CEDULA _____ CAMA _____

EDAD DE LA PACIENTE _____ EDAD DEL ESPOSO _____

FECHA DE LA ENTREVISTA _____ DIAGNOSTICO DE INGRESO _____

MODULO SOCIO-ECONOMICO:										MODULO SEXUAL							
Edo. civil	C	S	UL	OTRO						Edad de inicio vida sexual:							
Ocupacion paciente			Trabaja							Primer contacto sexual		SI	NO				
Ocupacion esposo			Trabaja							Vida sexual activa		SI	NO				
Escolaridad Paciente										Frecuencia coito							
Escolaridad Esposo										No. de parejas							
Alimentación		SUF	DEF	ESPECIF.							Relaciones Orgánicas		SI	NO	?		
Domicilio		propio	renta	comparte							Violación		SI	NO			
Ingresos		- salario mínimo	+ salario mínimo	= salario mínimo							Embarazo deseado		SI	NO			
Dependen económicamente										Conoce al padre		SI	NO				
										Conoce métodos anti-conceptivos.		SI	NO				
Control prenatal										Local		uso	tiempo de uso				
Temprano										Inyectables							
Tardío										D.I.U.							
Representan carga S-E + R.N.					SI	NO						Otros					
										Complicaciones							
MODULO OBSTETRICO:										EL RECIEEN NACIDO:							
Menarca		Ritmo								Sexo:							
Gesta		Para								Peso:							
Cesáreas		Causa								Ápgar:							
FUR										Anomalías:							
Edad gestacional semanas																	
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO																	
Aborto		1er. trim.	2o. trim.							Distocia		causa					
Espontáneo		provocado								Cesárea		causa					
Eutocia										Puerperio		H.T.A.					

RESULTADOS

En cuanto a la edad de las pacientes, se encuentra que la mayor parte está comprendida entre los 16 a 18 años, correspondiendo solo 4 casos a 13 años. (cuadro I).

DISTRIBUCION POR EDADES PACIENTES

EDAD EN AÑOS	NUMERO	POR CIENTO
13	4	1
14	14	3.5
15	22	5.5
16	64	16
17	140	35
18	156	39
TOTAL- - - - -	400	100.0

Cuadro I

Por lo que respecta a la edad de las parejas que solo fueron 340, la mayor parte está comprendida entre los 18 y 20 años, como se indica en el siguiente cuadro II).

DISTRIBUCION POR EDADES DE LAS PAREJAS

EDAD EN AÑOS	NUMERO	POR CIENTO
16	4	1.17
17	12	3.52
18	42	12.35
19	68	20.00
20	76	22.3
21	48	14.1
22	24	7.0
23	36	10.5
24	14	4.1
25	8	2.35
26	2	0.58
27	2	0.58
29	0	0.00
30	2	0.58
TOTAL- - - - -	340	99.71

Cuadro II

El estado civil de las pacientes estudiadas se encuentra que de 244 correspondían a casadas con un 61%, 58 solteras con 14.5% y el resto de 96 a unión libre con el 24% y 2 separadas no legalmente correspondiendo al 0.5%.

ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	NUMERO	POR CIENTO
Casadas	244	61
Solteras	58	14.5
Unión libre	96	24
Separadas	2	0.5
TOTAL.---	400	100.0

Cuadro III

Es importante señalar que de las 244 pacientes casadas 197, o sea el 80.7%, habían contraído nupcias ya en estado grávido.

La ocupación de las pacientes fué el hogar en la mayoría de ellas con 270 casos (67.5%) y el resto como se indica en la siguiente gráfica y sus porcentajes.

DISTRIBUCION POR OCUPACION DE LA PACIENTE

OCUPACION	NUMERO	POR CIENTO
Hogar	270	67.5
Empleadas	56	14.0
hija de familia	42	10.5
Estudiantes	32	8.0
TOTAL.---	400	100.0

Cuadro IV

De las pacientes estudiantes las 32 manifestaron que abandonarían sus estudios y el resto ya habían dejado la escuela.

Por lo que respecta a la ocupación de la pareja encontramos que la gran mayoría 296 son empleados, correspondiendo al 87.0%, pero hay que hacer notar que la calidad del empleo deja que desear, ya que la mayoría de ellos son en realidad subempleados (Cuadro V).

OCUPACION DE LA PAREJA

CONDICION	NUMERO	POR CIENTO
Empleados	296	87.05
Desempleados	20	5.88
Estudia y Trabaja	24	7.05
T O T A L - - -	340	99.98

Cuadro V

El siguiente cuadro se relaciona a los ingresos mensuales calculados en el salario mínimo y su distribución encontrada es la siguiente:

INGRESOS ECONOMICOS

CONDICION	NUMERO	POR CIENTO
Menos del S.M.	104	26
Igual al S.M.	164	41
Mas del S.M.	44	11
Dependen de los padres	88	22
T O T A L - - -	400	100

Cuadro VI

La escolaridad de la paciente y de la pareja correspondió a educación secundaria con 236 y 168 casos en la mayoría del grupo estudiado (fig. 1 y 2).

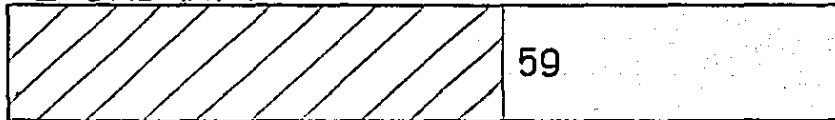
Del lugar donde habita la paciente se encuentra que 183 parejas tienen hogar propio, siendo solo el 45.7% de las condiciones enlistadas, encontrándose solo 3 viviendo en forma independientemente, las que corresponden a estado civil solteras y el resto se distribuye de la manera siguiente en el cuadro VII.

ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE

PRIMARIA



SECUNDARIA



PREPARATORIA

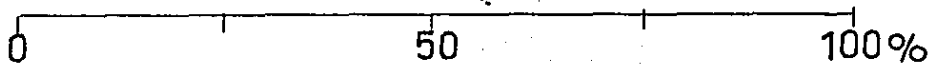
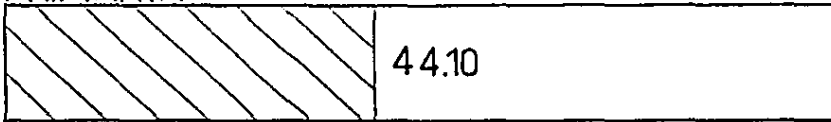


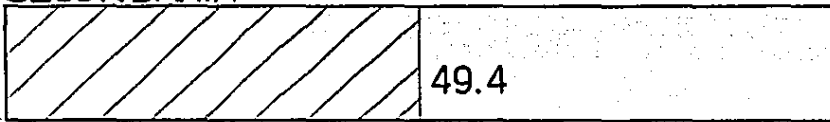
FIGURA 1

ESCOLARIDAD DE LA PAREJA

PRIMARIA



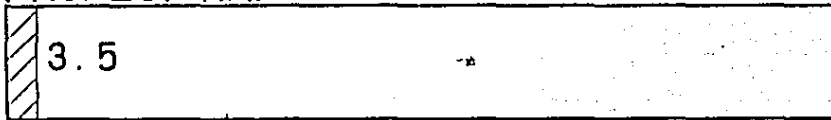
SECUNDARIA



PREPARATORIA



PROFESIONAL



0 50 100%

FIGURA 2

LUGAR DONDE VIVE LA PACIENTE.

CONDICION	NUMERO	POR CIENTO
Como hija de familia	57	14.25
Con sus padres	54	13.5
Con sus suegros	103	25.75
Hogar propio	183	45.75
Independiente (sola)	3	0.75
TOTAL-----	400	100.00

Cuadro VII

Respecto a la alimentación se encuentra que el 72% de los casos con 288 pacientes es deficiente:

ALIMENTACION

CONDICION	NUMERO	POR CIENTO
Suficiente	112	28
Deficiente	288	72
TOTAL-----	400	100

Cuadro VIII

La menarca en nuestro estudio reporta que el mayor porcentaje de la pacientes presentaron su primer período a partir de los 12 años, siendo los dos extremos en 8 pacientes a los 8 años de edad y cuatro a los 16. (cuadro IX).

APARICION DE LA MENARCA

EDAD EN AÑOS	NUMERO	POR CIENTO
8	8	2
9	12	3
10	96	24
11	102	25.5
12	118	29.5
13	36	9.0
14	16	4.0
15	8	2.0
16	4	1.0
TOTAL-----	400	100.00

Cuadro IX

La distribución de inicio de vida sexual en nuestras pacientes estudiadas es mas frecuente de 15 a 17 años con una media de 16 con el 32% como se indica en el cuadro No. X

INICIO DE LA VIDA SEXUAL

EDAD DE INICIO SEXUAL	NUMERO	POR CIENTO
11	4	1
12	6	1.5
13	14	3.5
14	52	13.0
15	98	24.5
16	128	32.0
17	86	21.5
18	12	3.0
TOTAL- - - -	400	100.00

Cuadro X

El número de parejas sexuales de las pacientes es el siguiente: la mayoría de ellas con el 92% con 368 casos a solo tener una pareja sexual, de 20 a dos y 12 a tres con el 5 y 3 por ciento respectivamente. De las pacientes que manifestaron haber tenido un contacto sexual correspondieron a violación, solo 2 pacientes (cuadro XI).

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.

NUMERO DE PAREJAS	NUMERO	POR CIENTO
1	368 *	92
2	20	5
3	12	3
TOTAL-----	400	100

Cuadro XI

* 2 por violación.

Por lo que respecta a la manifestación de embarazo deseado se encontró que si manifestaron el deseo del mismo 262 pacientes, correspondiendo al 65.5% y el resto manifestó no desearlo. (Figura 3).

Se investigaron algunos parámetros de anticoncepción en la adolescente y su

DESEO DE EMBARAZO

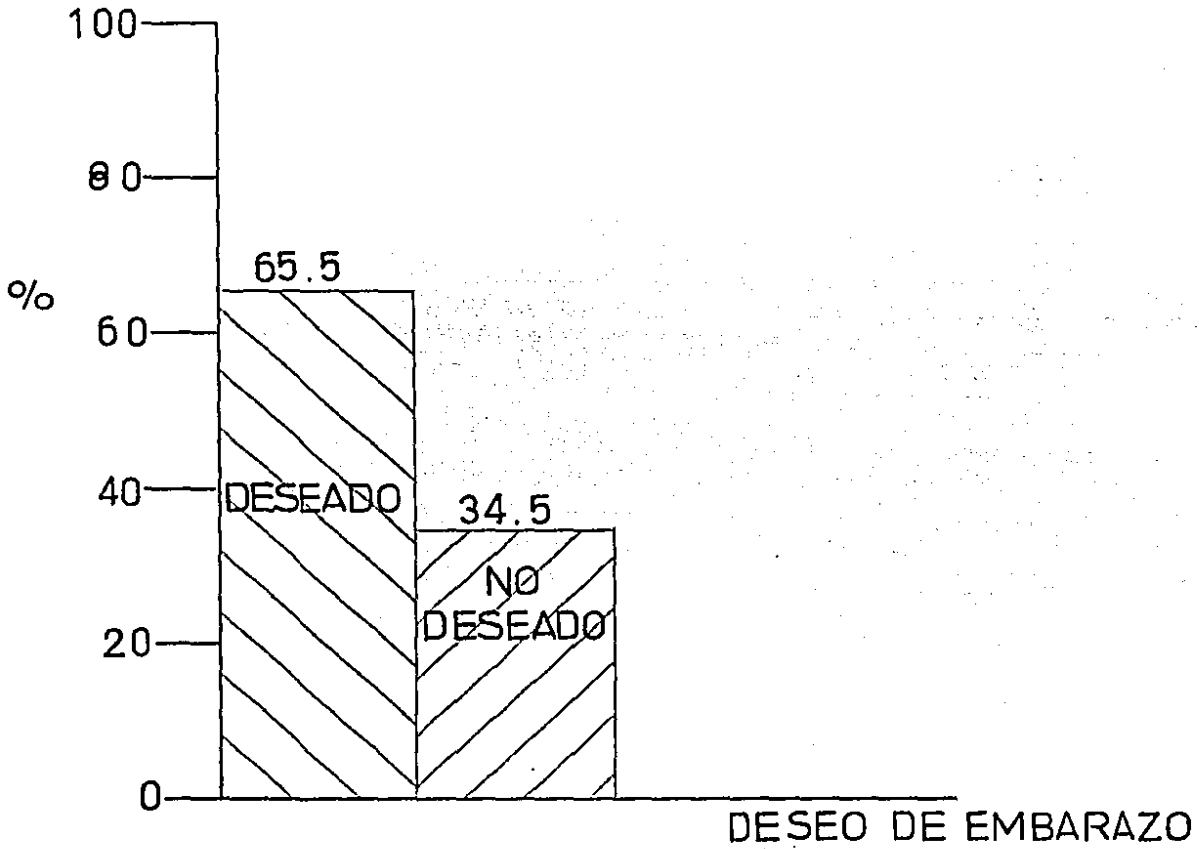


FIGURA 3

uso, en primer término en el conocimiento de métodos anticonceptivos, encontrando que 176 pacientes con el 44% no conoce métodos o manifiestan no conocerlos, seguidos de 152 con 38% que si conocen métodos anticonceptivos y solo 72 con 18% manifiestan haber usado métodos anticonceptivos. (cuadro XII).

ANTICONCEPCION

CONDICIONES	NUMERO	POR CIENTO
Conocen pero no han usado	152	38
No conocen métodos	176	44
Conocen y han usado.	72	18
TOTAL-----	400	100

Cuadro XII

De las que manifiestan haber usado algún método anticonceptivo tenemos la siguiente distribución: La mayoría utilizó anticonceptivos orales y el método del ritmo, en el otro extremo tenemos al dispositivo intrauterino con solo un caso.

METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS

METODO USADO	NUMERO	POR CIENTO
Anticonceptivos orales	24	6
Inyectable	8	2
Dispositivo Intrauterino	1	4
Locales	6	1.5
Condon	4	1.0
Ritmo	26	6.5
TOTAL-----	72	18.0

Cuadro XIII

La morbilidad encontrada por el uso de anticonceptivos fué de trastornos menstruales: 2 hipermenorreas secundario a dispositivo intrauterino y 3 por retraso menstrual, secundario a inyectables, correspondiendo en total al 1.25% de los 5 casos.

En la figura 4 se observa el número de pacientes que tuvieron control prenatal, observándose que 210 pacientes con el 52.5% tuvieron control, de las que tuvieron control prenatal se determinó hasta el tercer mes de gestación como control temprano y posterior al tercer mes como con-

CONTROL PRENATAL

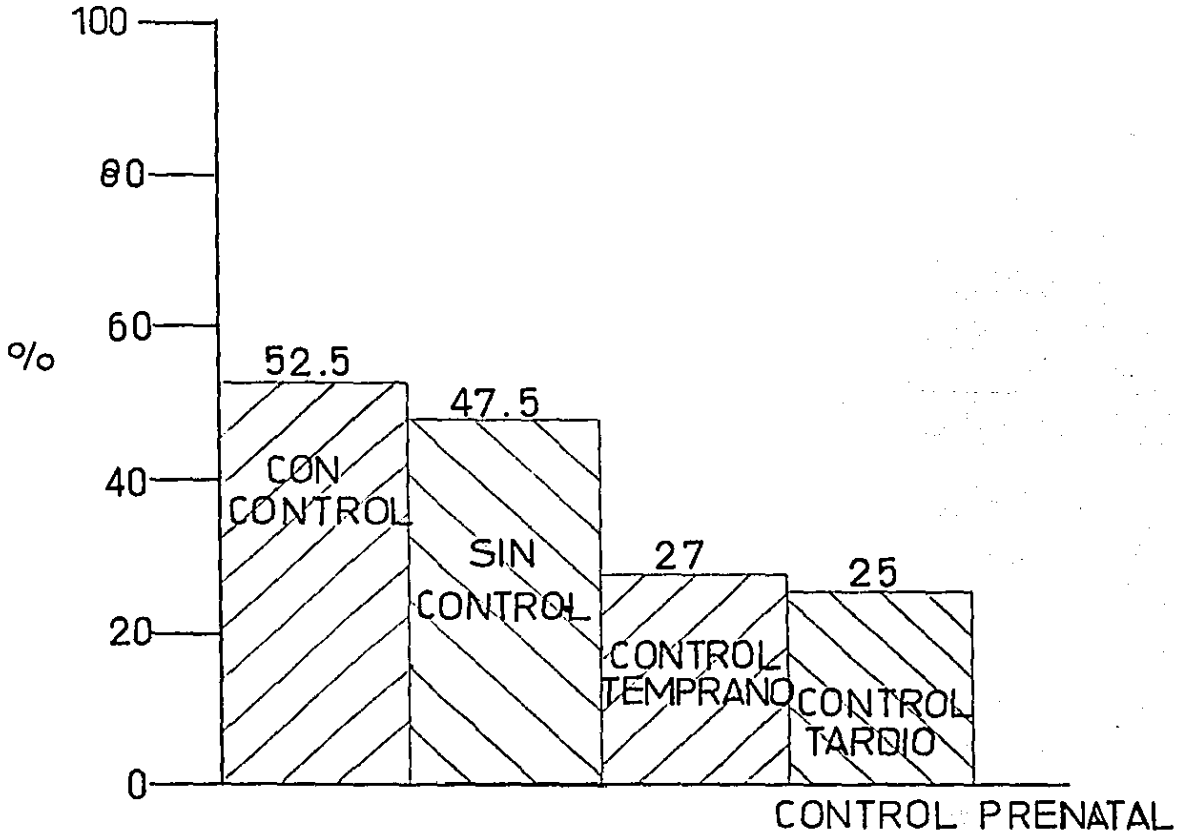


FIGURA 4

trol temprano y posterior al tercer mes como control tardío.

Encontramos pacientes que aún en su corta edad habían cursado con embarazos anteriores como se muestra en la (figura No. 5)

De las 53 pacientes que cursaban su segundo embarazo 38 tenían antecedentes de parto (71.6%), 9 (16.9%) de aborto y solo 6 que corresponden al 11.3% tenían antecedentes de una cesárea.

Por otra parte, de las 17 pacientes que cursaban su tercera gestación, 9 (52.9%) tenían antecedentes de un parto, 4 (23.5%) de aborto, 3 (17.6%) a una cesárea y una a dos cesáreas previas con el 5.88%.

Y las de 4 gestiones anteriores las 4 correspondieron a antecedente de parto previo.

En cuanto a la resolución del embarazo tenemos que de las 400 pacientes estudiadas al azar solo 256 ya habían resuelto este, 91 o sea el 35.5% fueron partos eutócicos, 31 con el 12.1% a distócicos y 83 con 32.4% a cesárea y 51 con el 19.9% a aborto (figura 6).

De estas 83 cesáreas el 12.5% fueron realizadas por desproporción céfalo-pélvica, 19 con el 7.42% por preclampsia severa y 13 con el 5.07% por sufrimiento fetal agudo como las tres primeras causas de indicaciones de operación cesárea. El resto de las indicaciones se puede observar en el cuadro XIV. Sólo una operación fue corporal y Kerr el resto.

De las indicaciones de aplicación de forceps de los 31 distócicos se encuentra que el período expulsivo prolongado es la indicación más frecuente con el 4.29% del total de los 256 embarazos resueltos (cuadro XV).

Hubo un total de 187 pacientes que presentó alguna complicación de su embarazo, 84 casos correspondieron a toxemia (21%). De estas, 46 correspondieron a toxemia leve, 33 a severas y hubo 5 casos de eclampsia, siguiéndole la ruptura prematura de membranas en frecuencia con 31 casos, las complicaciones restantes se pueden ver el (cuadro XVI).

GESTACIONES PREVIAS

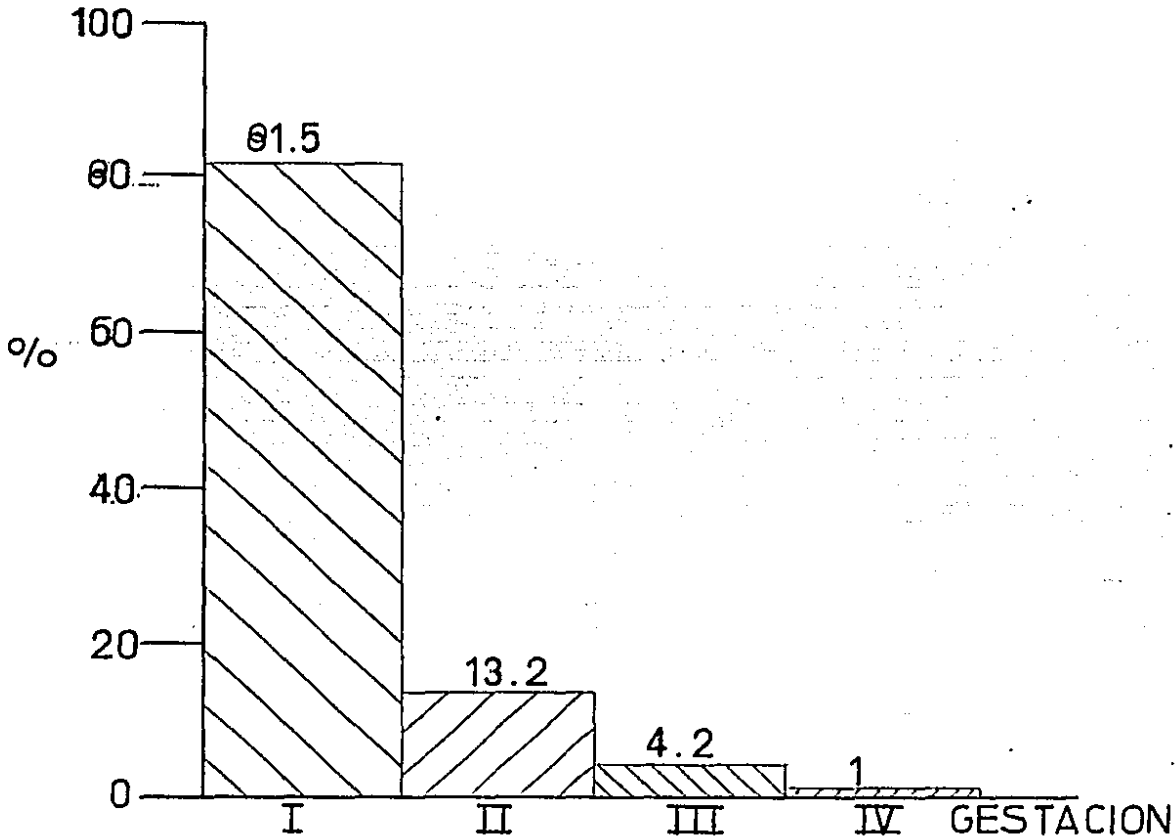


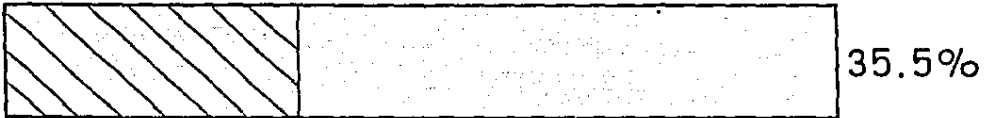
FIGURA 5

RESOLUCION DEL EMBARAZO

ABORTO



EUTOCIA



DISTOCIA



CESAREA

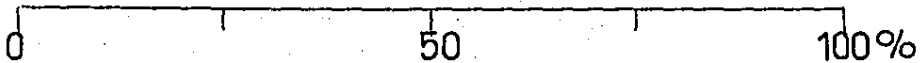


FIGURA 6

OPERACION CESAREA

INDICACION	No. CASOS	POR CIENTO
Desproporción céfalo pélvica	32	12.5%
Preclampsia severa	19	7.42
Sufrimiento fetal agudo	13	5.07
Ruptura prematura de membranas	5	1.95
Eclampsia	4	1.56
Presentación pélvica.	4	1.56
Productos pretérmino	3	1.17
Situación transversa	2	0.78
Embarazo gemelar	1	0.39
TOTAL- - - - -	83	32.4

Cuadro XIV

APLICACION DE FORCEPS

INDICACIONES	NUMERO	POR CIENTO
Parto expulsivo prolongado	11	4.29
Electivos	7	2.73
Occipito izquierda transversa	4	1.56
Sufrimiento fetal agudo	3	1.17
Profiláctico	3	1.17
Occipito derecha transversa	2	0.78
Occipito sacra	1	0.39
TOTAL-----	31	12.09

Cuadro XV

En 13 pacientes o sea 5.0% se presentaron complicaciones en el puerperio destacando la infección, encontrándose dos casos con deciduomiomietritis, ameritaron histerectomía total abdominal. (cuadro XVII).

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

COMPLICACION	NUMERO	POR CIENTO
Toxemia	84	21
Amenaza de parto pretermino	23	5.75
Inmersión baja de placenta	3	0.75
Infecciones de vías urinarias	17	4.25
Embarazo prolongado	8	2.00
Ruptura prematura de membranas	31	7.75
Embarazo molar	1	0.25
Hiperemesis	2	0.5
Amenaza de parto inmaduro	12	3.00
Amenaza de aborto	5	1.25
Apendicitis	1	0.25
TOTAL - - - - -	187	46.75

Cuadro XVI

COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

COMPLICACION	NUMERO	POR CIENTO
Deciduitis	5	1.95
Dediduometritis *	2	0.78
Infección de vías urinarias	3	1.17
Absceso de pared	2	0.78
Infección con dehiscencia de episiorrafia	1	0.39
TOTAL - - - - -	13	5.07

* ameritaron histerectomía total abdominal.

Cuadro XVII

En relación al sexo de los productos corresponde al femenino en predominancia con 112 casos con el 54.3% y 45.6% con 94 casos para los machucos. Solo dos productos de un embarazo gemelar. Figura 7

En cuanto al Apgar según la clasificación de la Dra. Apgar considerando al niño gravemente deprimido con una puntuación inicial menor de 4, y al niño moderadamente deprimido con puntuación de 5 a 7 y por encima de estas cifras un buen Apgar se obtiene en nuestros productos de estudio el

SEXO DEL PRODUCTO

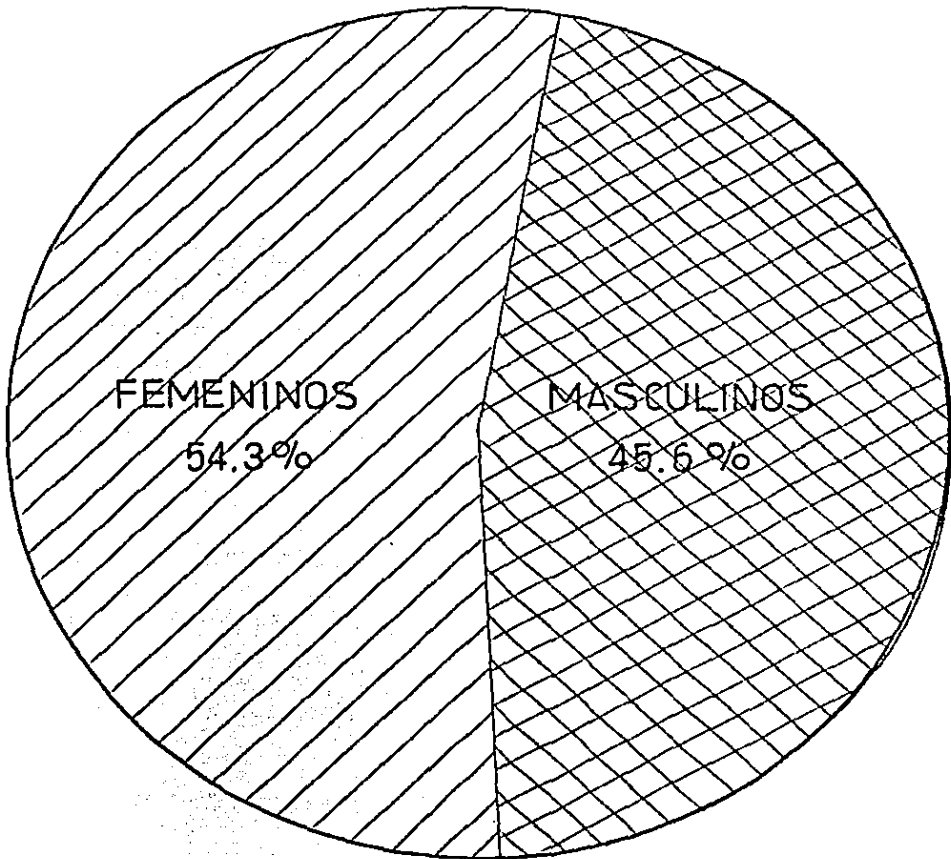


FIGURA 7

8.73% con Apgar menor de 4, 49% de 5 a 7 y 42.2%, tenemos el Apgar de 8 ó más (cuadro XVIII).

APGAR

CALIFICACION	NUMERO	POR CIENTO
Menor de 4	18	8.73
5 a 7	101	49.0
8 ó más	87	42.2
TOTAL - - - - -	206	99.7

Cuadro XVIII

En lo que respecta al peso de los productos se encuentra que el 42.2% de los productos está por arriba de 2500 gr. La distribución se muestra en el cuadro XIX.

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS.

GRAMOS	NUMERO	POR CIENTO
Menos de 1500	13	6.3
1499 a 1999	9	4.36
2000 a 2499	48	23.3
2500 a 3499	97	42.23
3000 a 3499	24	8.25
3500 a 4000	15	7.2
Más de 4000	0	0.0
TOTAL - - - - -	206	99.7

Cuadro XIX

COMENTARIO.

La paciente adolescente embarazada representa un problema contemporáneo, es sometida a innumerables estudios, la mayoría de los cuales concuerdan que en esta etapa de la vida aumentan las complicaciones inherentes al estado grávido puerperal con su repercusión social (32).

A pesar de todo no es posible fijar una edad óptima para que la mujer se inicie en los procesos de reproducción, ya que el resultado favorable o desfavorable depende de factores biológicos, sociales, económicos, culturales y raciales, principalmente.

El objetivo general de nuestro estudio es conocer las características socio médicas del grupo estudio de pacientes adolescentes derechohabientes - del Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, tomándose para tal 400 pacientes hasta los 18 años de edad, en nuestro medio se ha tomado como límite esta edad por otros autores. (1. 2. 13).

Referente a la edad en nuestro estudio se encuentra que la mayor parte está en el grupo de edad de los 16 a los 18 años, hallazgo que no ha cambiado mucho en referencia a otras publicaciones en nuestro medio (2), nosotros encontramos que el 39% se encuentra en los 18 años.

Las parejas sexuales de las pacientes, de igual forma se encuentran emparejadas en cuando a la edad, con un incremento ligeramente superior hacia la década de los 20 años.

Un gran porcentaje de nuestras pacientes se encuentran en estado civil casadas, lo que según algunos autores en comparación con las solteras, unión libre y divorciadas, éstas llevan por decirlo así a buen término su embarazo, al contrario de las segundas que tienen un mayor porcentaje de complicaciones obstétricas. Esto nos hace pensar de igual forma en la problemática socio familiar, las que representan al núcleo de solteras, las cuales representan carga socio económica para su familia, ya que dependerán de ellas el nuevo ser y ella misma, con las consecuencias de abandono escolar como lo manifestaron la mayoría de las pacientes entrevistadas. Dedicándose el

gran porcentaje a las labores del hogar, por otro lado tenemos a sus parejas, que aunque la mayoría son empleados, los podemos considerar como subempleados con ingresos menores al salario mínimo y trabajo eventual - con inestabilidad económica consecuente y repercusiones en toda la esfera biopsicosocial.

Como era de esperarse la mayoría de nuestras pacientes carece de un soporte nutricional adecuado, ya que encontramos que el 72% consumen una dieta deficiente en los requerimientos necesarios para un buen desarrollo materno fetal, algunos autores manifiestan que si la mayoría de los pacientes tuvieran una nutrición adecuada se disminuirían las complicaciones más frecuentes como la toxemia y productos de bajo peso al nacer (13, 20). Además de un buen control prenatal temprano, lo que en nuestro estudio observamos es que aproximadamente el 50% de nuestras pacientes está carente de los beneficios del control prenatal obstétrico regular y eficiente.

En lo que respecta a la edad de la menarca observamos que la mayoría está en los 12 años, edad promedio de nuestro medio como señalan otros autores como característica de la mujer mexicana, aunque muy de cerca la sigue en frecuencia los 11 años de edad, lo que nos sugiere a pesar de todo que la mejor nutrición y otros aspectos de tipo racial y climático tienen a influir en la menarca temprana y en consecuencia en la maduración precoz de la adolescente, de modo que al llegar a los 17.5 años, el 94% de estas chicas son totalmente fecundas. (28)

Se ha estimado que aproximadamente el 55% de todas las mujeres inician su actividad sexual antes de los 19 años de edad, y que una de cada diez se embarazan antes de cumplir los 18, (40), encontramos datos sorprendentes referentes a la edad de inicio de actividad sexual, viendo que a partir de los 14 a 17 años es la frecuencia máxima, lo que representa una gran proporción de embarazos en potencia.

Es de resaltar el hecho de que el 18.2% de nuestras pacientes ya tenían una gestación previa y que 9 pacientes con antecedentes de una cesárea y otra con dos cesáreas previas, amén de mencionar los antecedentes de abortos, lo que nos habla de la edad temprana de actividad sexual de estas pacientes.

No se sabe si la sola madurez fisiológica estimula en forma directa el interés y el deseo por la actividad sexual. Un estudio clínico de adolescentes que no se había embarazado y que usaban anticonceptivos, no apreció correlación entre la edad en que apareció la menarquia y la edad del primer coito. Los investigadores propusieron la hipótesis de que la actividad sexual guardaba relación más directa con fenómenos sociales, - que con aspectos fisiológicos (16).

En Estados Unidos se producen cada año aproximadamente un millón de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad y 30,000 más en mujeres más jóvenes. Aproximadamente la tercera parte de los 1 300 mil abortos de Estados Unidos se efectúan en adolescentes, pero llegan a su término un número importante de embarazos fuera del matrimonio. En un estudio, 22% de las adolescentes que iniciaron su vida sexual a los 15 años de edad o antes se embarazaron dentro de los primeros seis meses de actividad sexual, en contraste con solo 11% de quienes esperaron hasta los 18 o 19 años. El factor determinante principal de esta diferencia fué que las adolescentes sexualmente activas más jóvenes tendieron con menos frecuencia a usar un método contraceptivo para prevenir la gestación (28).

En nuestro estudio se encuentra que solo el 18% de las pacientes llegaron a usar algún método anticonceptivo y es sorprendente que el 44% manifestó no conocer ningún método anticonceptivo, lo que nos habla de -- las condiciones educacionales y el porcentaje faltante, el 38% significativamente alto manifestó conocer pero no utilizarlos, de aquí nos preguntamos ¿cuál es la razón de no usarlos?, probablemente sea la falta de información y conocimiento sobre el tema y por otro lado la falta de disponibilidad. Otras implicaciones pueden ser ignorar los períodos de fecundidad, creer que la edad protege y coito poco frecuente o inesperado, además de la idea de desencadenar sentimientos de culpabilidad. Algunas adolescentes creen que la anticoncepción es dañina o inmoral, o - que interferirá con el placer sexual. Otras se ven restringidas legalmente por la poca edad y temen ser reprendidas si acuden a centros de - planificación familiar (28, 40). Algunos autores han manifestado que el embarazo en una adolescente indica inmadurez emocional, así como inseguridad y desconfianza en su identidad que las lleva a evadir el uso de - contraceptivos a pesar de una educación sexual aparentemente adecuada. (26).

Como solo un apunte en la esfera sexual encontramos que en nuestras pacientes la gran mayoría solo tiene una pareja sexual en el 92%. En lo que respecta al orgasmo solo 18% manifestaron tenerlo, lo que indica evidentes trastornos, como era de esperarse en este núcleo de población.

El deseo al embarazo es importante, ya que se recibirá a un niño deseado o no con sus respectivas repercusiones psicoafectivas como lo señala el Dr. - Katz al hablar acertadamente de que el hijo de una adolescente es un niño psiquiátricamente de "alto riesgo" (26).

En cuanto a la culminación del embarazo se encuentra que el 19.9% terminó - en aborto, lo que está dentro del promedio establecido para cualquier gestación y hubo 31 partos distócicos por aplicación de forceps encontrando que la indicación mas frecuente fué el período expulsivo prolongado que comparándolo con otros estudios como el del Dr. Chávez Azuela (13) continúa siendo la indicación mas frecuente. El elevado número de cesáreas 83 de las - 256 pacientes que tuvieron resolución de su embarazo es significativamente alto; la indicación mas frecuente fué la desproporción cefalopélvica. Durante mucho tiempo, algunos reportes han demostrado la alta incidencia de - distocia durante el trabajo de parto de pacientes adolescentes embarazadas entre los 13 y 17 años. Las complicaciones obstetricas específicas incluyen trabajo de parto prolongado, disfunción uterina, pelvis reducida y ya antecedentes de cesárea previa por desproporción cefalopélvica (8).

Algunos estudios recientes reportan la posibilidad de que el crecimiento y capacidad del canal del parto en algunas adolescentes es insuficiente para el parto, atribuyendo a esto factores endocrinos de maduración y elongación esquelética insuficiente, dando como resultado una mayor proporción de desproporción cefalopélvica. (31).

Las complicaciones del embarazo en la adolescente en nuestro estudio son en primer lugar la toxémia que sigue predominando como en la mayoría de estudios previos al problema, así como la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas y las infecciones de vías urinarias. En vista de que la toxémia responde a un estado de desnutrición y a una falta de reconocer sus fases iniciales, se considera que estos factores, la desnutrición y la

falta de control prenatal dan lugar al aumento de su incidencia, por lo que es de considerarse a este núcleo de población como de alto riesgo - de padecer este problema.

De la morbilidad materna durante el puerperio es de manifestarse que la infección sigue siendo el factor predominante como era de esperarse en este tipo de pacientes desnutridas, sometidas a trabajo de parto prolongado y procedimientos quirúrgicos de urgencia.

El sexo de los productos fué el femenino con 112 casos con el 54.3%. Su calificación, de acuerdo con la Dra. Apgar tuvimos que el 49% estuvo en 5 a 7, es decir moderadamente deprimidos. Hubo un porcentaje considerable de productos con peso menor de 2500 g. (33.9%) que aumenta considerablemente la morbilidad fetal aumentando los índices de prematuridad fetal determinando mayor frecuencia de insuficiencia respiratoria e hipoxia cerebral con sus consecuencias reflejadas, quizá con su calidad de vida a futuro.

En el presente trabajo no encontramos malformaciones congénitas en los productos de las madres estudiadas. Numerosos reportes se tienen acerca del riesgo de tener productos con malformaciones congénitas específicamente Síndrome de Down, siendo comparable el riesgo entre muchachas de 16 y adultas de 36 años (19).

CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia no es nada nuevo, pero si es reciente el interés por buscar medios para evitarlo.

La procreación en adolescentes crea muchos problemas sociológicos, emocionales, médicos y económicos. Los embarazos entre adolescentes son comunes en todos los sectores sociales y económicos.

Las complicaciones de estos embarazos se relacionan con el estado de salud antes del embarazo, con la pobreza y con falta de acceso a una asistencia prenatal de alta calidad, existiendo un mayor riesgo de toxemia, nacimientos prematuros con neonatos de bajo peso al nacer y embarazos de repetición en poco tiempo.

Asimismo, es evidente que los factores que influyen en la incidencia cada vez mayor de pacientes de este tipo, es la amplia libertad en adquirir mala información sexual, y también la poca accesibilidad a los programas de planificación familiar influyendo sobremanera los problemas emocionales y la mala dinámica familiar.

Por tal motivo consideramos importante el tomar en cuenta lo siguiente:

1. Establecer procedimientos de educación desde edades tempranas.
2. Sensibilizar a los padres hacia una mejor preparación e información sobre los aspectos de sexualidad básica.
3. Legalizar los servicios especiales para adolescentes en materia de planificación familiar.
4. Brindar información, apoyo y estímulo como parte complementaria en materia de educación sexual y planificación familiar.
5. El permitir y estimular el consumo racional e indicado en el uso de anticonceptivos en época más temprana, una vez que ha comenzado la actividad sexual para disminuir la tasa de embarazos no deseados.
6. Buscar soluciones para proveer una asistencia prenatal y postnatal óptima, sistemas de apoyo, educación para la madre y padre para la

capacitación y cuidados del recién nacido.

7. Establecer grupos permanentes de trabajo para el estudio de la mujer adolescente en hospitales de concentración como el nuestro.

B I B L I O G R A F I A

1. Ahued Ahued, J.R., Tommas, N.E.: Atención Obstétrica en la Adolescente. Ginec Obstet Mex: 43, 255, 1978.
2. Aznar, P.R., Lara R.: Embarazo en la Adolescencia. Ginec. Obst. Mex. 22: 661, 1967.
3. Atkinson P.J.,: Less of Skeletal Calcium in Lacting Women, J. Obstet Gynecol 77:555, 1970.
4. Ballard W.M., Gold E.M.: Medical and Health Aspects of Reproduction in Adolescents. Clin Obstet Gynecol: 14:338, 1971
5. Beri C.B.: Obstetric Aspects of Adolescents Pregnancy and Delivery. - Int. J. Gynecol Obst. 15(6): 49-3, 1978.
6. Clamman A.P.: Bell H.M.: Pragnancy In The Very Young Teenager. Am.J. Obstet Gynecol, 90:350, 1964.
7. Clark J.: Obstetricia en Adolescentes: Deducciones Obstétricas y Sociológicas. Clin Obstet Ginec. 1026, 1971.
8. Coates J.B.: Obstetrics in the Very Young Adolescent. A.M. J. Obstet Gynecol. 108:68, 1970.
9. Cooper J.: Pregnancy in Adolescents, helping the patient and her family, Postgrad Med 64:60 1978.
10. Compendio de Datos y Estadísticas de México, Camara Nacional de Comercio de la Ciudad de México. 1980.
11. Curso de Ginecología y Obstetricia de la Adolescente. A.M.G.O. Septiembre 1982.

12. Chan G.M.: Decreased Bone Mineral Status in Lactating Adolescent Mother. *J. Pediatrics* 101:5/767 1982.
13. Chávez A.J., Castro C.F.: Riesgo Materno Fetal de la Paciente Adolescente, sometida a cirugía obstétrica. *Ginec. Obstet Mex.* 43:404/13 1978.
14. Elster A.B. McAnarmmy E.: Parental Behaviour of Adolescent Mothers, *Pediatrics* 71:4 1983.
15. Endress J.M.: Dietary Assesment of Pregnant Adolescents Participating in a Supplemental Food Program. *J. Reprod. Med.*30:1,1985.
16. Freeman, E. W.: Estado Actual de la Práctica e Investigación en cuanto al consumo de anticonceptivos por la adolescente, *Gineco Obst. Postg.* 5:2, 1980.
17. Gispert M. Falk R.: Adolescent Sexual Activity Contraception and Abortion. *Am. Obst. Gynecol.* 132:3/245, 1978.
18. Grace E.: Hematologic Abnormalities in Adolescents who Take Oral Contraceptive pills. *J. Pediat.* 101:5, 1982
19. Grazzi, V.R.: Offspring of Teenage Mother: Congenital Malformations, Low Birth Weights and Others Findings. *J. Reprod. Med.* 27:2, 89 Feb. 1982
20. Guerrero, S.A.: Chávez, A.J.: El Riesgo del Embarazo en la Paciente Adolescente. *Ginec. Obstet. Mex* 37:119, 1976
21. Herrera L. F., Díaz D.J.: Embarazo en la Adolescente *Ginec.Obstec. Mex.* 48:35/285, 1980
22. Hutchins, F.L., Kendall N.R.: Experience with Teenage Pregnancy. *Obstat. Gynecol* 54:1, 1979
23. Kably A.A.: Embarazo en la Adolescente, análisis de 500 casos. *Ginec. Obstet. Mex.* 50:303, 1982.
24. Kaminetzky H. Langer A.: The effects of Nutrition in Teenage Gravidas on Pregnancy and the Status of the Neonate. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 115:639, 1983
25. Kanter J.F., Zelnick M.: Sexual Experience Of Young Unmarried Women in the United States. *Fam. Plann Perspect* 4:9, 1972

26. Katz, G.: Conferencia del Curso de Ginecología y Obstetricia de la Adolescencia: El Hijo de la Adolescente. Septiembre, 1982. A.M.G.O.
27. Klein, L.: Antecedents of Teenage Pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol. 21:4/115, 1978.
28. Kreutnerk: Contracepción en Adolescentes. Clínica Ped. 2:455, 1981.
29. Los Adolescentes, La Educación Sexual y la Planificación Familiar. Boletín de Planificación Familiar, IMSS. Año IV No. 2, 1982
30. Lamke B. Brundi J.: Changes of Bone Mineral Content During Pregnancy and Lactation, Acta Obstet Gynecol. Scand 56:217, 1977.
31. La Velle M.M.: Growth of the Canal Births in Adolescent Girls: Am.J. Obstet Gynecol 143:5, 1982.
32. Luella K.: Antecedentes de Embarazo en Adolescentes. Clin. Obated. Gynecol. 21:1199, 1978.
33. Marin R.R.: Embarazo en la Adolescente Ginec. Obstet. Mex. 51:314 1983.
34. México Demográfico Breviario 1980-1981. Consejo Nacional de la Población.
35. Morgenthan J.E.: Contraceptive Practices In An Adolescent Health Center. N.Y. Center State J. Med. 72:1311, 1976.
36. Osofsky H. Risk P.: Nutritional Status of Lowncome Pregnant Teenagers. J. Reprod. Med. 6:52, 1971.
37. Reycroft D.: La Adolescente Embarazada: Problema Sociológico. - Complicaciones Medicas del Embarazo. Ed. Panamericana 593, 1980.
38. Ruiz Velasco V.: Gestación en la Adolescente. Ginec. Obstet. Mex. 37:221, 1975.
39. Sandberg E.C.: Psychologic of the Misue and Rejection of Contraception. Am. J. Obstet. Gynecol. 110:227, 1971.
40. Saxema B.B.: Investigación del Embarazo en las Adolescentes. Clin. Ped. 2:455, 1981.
41. Zuckermann B. Alpert, J.J.: Neonatal Outcome: Is Adolescent Pregnancy a Risk Factor, Pediatrics 71:4, 1983.