

11217

94
20
M



Universidad Nacional Autónoma
de México

ANALISIS SOCIO-MEDICO DEL EMBARAZO EN
MUJERES ADOLESCENTES

T E S I S

Para obtener el Título de Especialista
en Ginecología y Obstetricia.

P R E S E N T A

DR. RICARDO MENDOZA PIMENTEL

HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" S.A.

MORELIA, MICH., MARZO 1926

6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

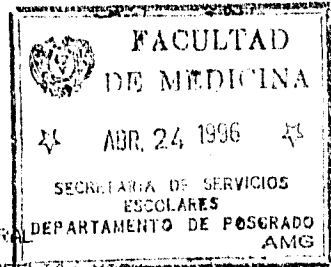
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ANALISIS SOCIO-MEDICO DEL EMBARAZO
EN MUJERES ADOLESCENTES

AUTORES: DR. RICARDO MENDOZA PINENTEL
DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO. (ASESOR)


1994



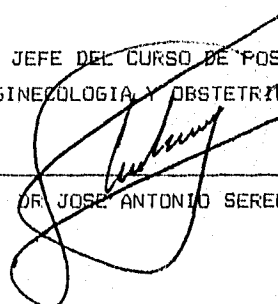
HOSPITAL GENERAL
" DR. MIGUEL SILVA " MORELIA, MICH.




JEFE DE ENSEÑANZA


DR. JUAN IGNACIO CARDENAS
SERVICIOS COORDINADOS
DE SALUD PUBLICA
MICH O A C A N
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
Hospital Gen. "Dr. Miguel Silva"
MORELIA, MICH

JEFE DEL CURSO DE POST-GRADO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y ASESOR


DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO


DR. RICARDO MENDOZA PIMENTEL

Dr. Ricardo Mendoza Fimentel, originario de Apatzingán, Michoacán, egresado de la universidad michoacana de san Nicolas de Hidalgo. Curso de especialidad en ginecología y obstetricia de 1991 a 1994, en el hospital general " Dr Miguel Silva " de Morelia, Michoacán.

Dr. Jose Antonio Sereno Colo, jefe del curso de post-grado de ginecología y obstetricia del hospital general " Dr Miguel Silva ".

Al Dr. Jose Antonio Sereno Coló:

A quien fuera mi maestro en este hospital donde realicé mi especialidad, por su gran apoyo, consejos y dedicación desinteresada. Así mismo agradezco el asesoramiento de esta tesis, el tiempo dedicado y su experiencia mostrada para que este trabajo se realizara lo mejor posible.

A usted Dr. muy agradecido esperando que continúe como ahora, enriqueciendo su sabiduría y compartiendo lo mucho que usted sabe para que las futuras generaciones sean cada vez mejores.

A los Drs.

Yara Fineda

J. Ines Gonzalez Tapia

Victor Corona Alba

Eugenio Castillo Huerta

Por su apoyo, dedicación y paciencia en la enseñanza de la medicina y principios morales de esta profesión.

Mi más profundo agradecimiento y los exhorto para que continúen con esa difícil pero satisfactoria labor.

A mi madre:

Por haberme impulsado a culminar una profesión y ahora la especialidad, por su apoyo moral y por haber creído en mí.

A mis suegros:

Por su apoyo incondicional para conmigo y mi familia en el transcurso de mi especialidad.

A mi esposa:

A ti conny por haberme impulsado a realizar una especialidad, aun sabiendo, que se presentarían privaciones y obstáculos que habría que superar. Gracias por tu inmenso apoyo y paciencia y por haber soportado días de soledad, por haber creído en mí, por haber enfrentado situaciones difíciles y por entender que los pacientes son parte importante en mi vida y que gracias a ellos hemos logrado uno de mis más preciados anhelos. Mil gracias por todo y recuerda siempre que te amo.

A mis hijos:

Ricardo y Daniel por comprender a pesar de su edad, el porqué no estuve junto a ellos la mayor parte de este tiempo y saber que el deseo de superación es para hacer de ellos unos hombres de bien. Sepan que los amo y que ustedes son mi vida.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION
- II.- MATERIAL Y METODOS
- III.- RESULTADOS
- IV.- COMENTARIOS
- V.- BIBLIOGRAFIA

AUTORES: DR. RICARDO MENDOZA FIMENTEL
DR. JOSE ANTONIO SERENO COLD. (ASESOR)

1994

I.- INTRODUCCION

La adolescencia es la etapa en que ocurre el último periodo del incremento lineal del crecimiento que culmina con la obtención de la estatura adulta, la maduración sexual y la función reproductiva. Estos cambios son en gran medida relacionados con factores genéticos y el criterio más generalizado para evaluarlos recae no tanto en la edad cronológica sino en la edad biológica, teniendo la maduración ósea como un elemento primordial y sobre todo, la maduración sexual, de acuerdo con los criterios de Tanner (9).

Cronológicamente después de la aparición del vello pubiano y axilar y a continuación de la aceleración del crecimiento lineal pico, aparece la menarca (113 años) seguida de una tasa de crecimiento más lenta hasta los 17 años, edad en que ocurre la fusión epifisiaria. Junto con estos cambios se observa un ensanchamiento de la cadera y una particular disposición del tejido adiposo corporal (9, 11, 15).

Los hechos enunciados anteriormente han dado base para considerar que el término de la adolescencia se fije en los 17 años.

La biofisiología femenina durante la etapa de la adolescencia se encuentra en una fase de transición y aunque la función reproductora está presente y el embarazo es posible, múltiples y diversos factores se mencionan insistentemente como causantes de incremento en la morbilidad materna y perinatal. Los que se mencionan en forma más constante son los siguientes:

- 1) Crecimiento somático incompleto

- 2) Desnutrición y anemia (frecuentes)
- 3) Educación sexual limitada
- 4) Inmadurez emocional
- 5) Escasa cultura medica
- 6) Soporte económico nulo o bajo

Por otra parte y, de acuerdo con los datos de la bibliografía actual (11, 23 y 19), la tasa de embarazo en la adolescencia se está incrementando. El análisis de este fenómeno sitúa su origen en las bases culturales de la población aunque su manejo y prevención atañan al ejercicio médico. Es curioso observar que entre las parejas que contraen matrimonio a edades tempranas, antes de los 20 años, y que pertenecen a la clase social media o acomodada, consultan constantemente para posponer el embarazo aunque posteriormente quieran integrar una familia en un lapso breve de tiempo. Por el contrario, los embarazos en la mujer adolescente que pertenecen a los estratos bajos de la clase social, son embarazos no planeados, frecuentemente no deseados y que acarrearán una problemática completa y a veces insuperable. En el primer caso, tratándose de grupos de población de nivel económico aceptable y con cierto grado de cultura y orientación medicas, el embarazo juvenil estaría en relación con el aumento real de la población de jóvenes registrado a partir de la segunda guerra mundial. Por razones no bien aclaradas, en este grupo poblacional, la maduración sexual se inicia a edades cada vez menores como se puede colegir por la aparición cada vez más temprana de la menarca, que en los países del norte de europa, ha cambiado de los 17 a los 14 años y, en los

Estados Unidos. de los 14 a los 13 años como edad promedio. La combinación de estos dos factores, aumento en la población de jóvenes y maduración sexual temprana, ha incrementado el número de matrimonios en parejas cada vez más jóvenes y por lo tanto la aparición del primer embarazo a edades también cada vez más tempranas (10, 5, 6, y 11).

En lo que respecta al otro grupo, el del embarazo en mujeres adolescentes de estratos sociales bajos y con nivel educativo muy deficiente o casi nulo, la explicación se ha razonado en esta forma: Ante la pirámide poblacional que demuestra un incremento notable de los jóvenes, la adolescente "ahí está", apareciendo con un torrente de ideas, pesamientos e inconformidades con el entorno, situación favorecida por los medios masivos de comunicación, que fácilmente la llevan a buscar frenéticamente un estilo de vida mágico, ardiente y psicodélico para huir de la realidad. Como dice Ballart (6), mientras este torrente de información conlleva una sensación de madurez sexual precoz, las mentes no acaban de asimilar esta brusca metamorfosis y esta combinación de cuerpos maduros y mentes confusas favorecen el "HAPPENING". La aceptación de la filosofía juvenil de "HACER SIN CORTAPISAS TODO LO QUE ES NATURAL" apoyada a su vez en la postura adulta del "LET IT BE", los induce a relacionarla con el fenómeno del embarazo en la adolescente que hoy analizamos (6, 23, 12, 4, 29, 30).

El hospital general "DR. MIGUEL SILVA" de Morelia, Michoacán es un institución de segundo nivel de atención, donde acuden mujeres gestantes de la zona urbana y cercanas a la ciudad. Diariamente se reciben en el servicio de ginecología y obstetricia mujeres embarazadas menores de 17 años en busca de atención para

resolución de la gestación de acuerdo a las características que cada una de ellas presenta.

Fundamentalmente al igual que la población en general que acude a este hospital, son de nivel socioeconómico bajo, con escolaridad mínima y un porcentaje elevado de analfabetismo, por consiguiente un bajo nivel educativo y cultural. Son adolescentes, que, en su mayoría cursan su embarazo sin control prenatal, solteras y más de alguna con gestación múltiple. Son tratadas al igual que las embarazadas de mayor edad y por ningún motivo es considerada su edad para la resolución obstétrica, pudiendo pensarse que su inmadurez biofísica sea justificante para realizar operación cesárea. Una vez resuelto el evento obstétrico la paciente mal preparada para ser madre, de pronto encuentra frente a ella al producto que quizá no fue planeado, o si lo fue, está ante él sin el más mínimo conocimiento de cuidar, amamantar y amar a ese ser.

En nuestro hospital la especialidad como formación es relativamente nueva, y no existen antecedentes escritos ni estadísticas que hagan mención referente al tema de embarazo en la adolescencia que ahora nos ocupa. Así pues, es de interés primordial hacer mención y exortar a mis compañeros y generaciones futuras de que la mujer adolescente embarazada, requiere atención especial y que no solo al estar frente a ello se le considere su estado obstétrico, sino que se le vea con el "corazón", y alimentemos su espíritu por el bien de ella y para hacer nuestro servicio y hospital uno de los mejores del país, ya que en nuestras manos está iniciar y continuar la buena enseñanza y la relación plena médico y paciente.

Las consideraciones anteriores y la observacion de que en nuestro medio, el embarazo en la mujer adolescente es una realidad comprobable, nos ha motivado para hacer un analisis estadistico del problema, discutir algunas consideraciones socio_medicas y plantear algunos llineamientos en la prevencion.

II.- MATERIAL Y METODOS

En el servicio de ginecoobstetricia del hospital general "Dr Miguel Silva, de la ciudad de Morelia, mich., nosocomio de segundo nivel de atención y dependiente de la secretaria de salud, se revisó el número de ingresos de pacientes obstétricas entre el 1 de abril de 1991 a el 30 de septiembre de 1993. Mensualmente ingresaron entre 130 y 383 y las de 17 años o menos oscilaron entre 8 y 33. El numero global de ingresos fue de 5826 y las de 17 años o menos sumaron 471. De acuerdo con el criterio establecido, de considerar embarazo en la adolescencia al que ocurre en una mujer de 17 años o menos, las gestantes adolescentes representaron el 8.09% de frecuencia global. La gestante de menor edad fue de 12 años y las de 17 años representaron obviamente el mayor número, expresando en la tabla numero I el número de casos de acuerdo con la edad y el porcentaje relativo;

TABLA I

Los datos de esta investigación se recogieron en una hoja que contenía un interrogatorio especialmente diseñado y fueron anotados en forma personal y en todos los casos, en el renglón de evaluación psicológica se conto siempre con el apoyo de un médico psiquiatra de base.

El interrogatorio se enfocó hacia los objetivos siguientes:

- 1) Características personales y ambientales de la gestante
- 2) Condiciones obstétricas
- 3) Resolución del embarazo

- 4) Características de los neonatos
- 5) Impacto emocional del embarazo y componente psicopático.

Las características personales y ambientales de cada paciente se evaluaron de acuerdo con los siguientes elementos; Estado civil, apreciación del estado económico, escolaridad, la edad en que se inició la vida sexual y si el embarazo era deseado o consecuencia de algún delito sexual.

Las condiciones obstétricas se analizaron investigando si tenían o habían tenido información sobre algún método anticonceptivo, se anotó la paridad, si habían acudido a consulta prenatal, las características y frecuencia de las complicaciones del embarazo y la cifra de hemoglobina plasmática, tomando esta como un dato indirecto del estado de nutrición de las pacientes.

En cuanto a la resolución del embarazo se tabularon el número de abortos espontáneos, la edad gestacional en la que ocurrieron, el número de partos eutócicos, el número de partos distócicos y las causas de los mismos así como la frecuencia e indicaciones de la operación cesarea.

En lo relativo a los neonatos se valoraron la edad gestacional, el peso al nacer, los índices de AFGAR Y SILVERMAN, la talla y las cifras de mortalidad y morbilidad..

En relación al impacto emocional se investigó la actitud hacia el mismo, la presencia de componentes psicopáticos, el tabaquismo, el alcoholismo, la disposición para dar en adopción a su hijo y la aceptación del aborto.

III.- RESULTADOS

El estado civil de las 471 pacientes que componen el presente estudio se ilustra en la:

TABLA No II

La apreciación del estado económico se hizo interrogando específicamente el ingreso de la persona de la que dependía la gestante. Casi siempre se trató del compañero sexual o del padre ya que ninguna de ellas tenían ingresos 'per-se'. En esta evaluación todas las pacientes tenían un soporte económico muy insuficiente ya que la persona de la que dependía, en 180 casos (38.21%) ganaba el salario mínimo y en 291 casos (61.78%) los ingresos para la familia herían menores al salario mínimo.

El grado de escolaridad en el grupo analizado, proporcionó los siguientes datos:

TABLA No III

De esta información resalta que las embarazadas adolescentes con ninguna escolaridad fueron el 14.22% y si se suman las que tenían primaria incompleta o completa y secundaria incompleta, grupo al que consideramos globalmente de baja escolaridad, ésto arroja un total de 434 pacientes que corresponden al 92.14%.

Las de secundaria completa y preparatoria fueron 37 en total que corresponden al 7.85% y que se consideró de escolaridad solamente regular.

La edad en la que se inició la vida sexual se detalla en la:

TABLA No IV

Del grupo de las 471 jóvenes, 35 (7.43%) tenían vida sexual promiscua, 60 (12.74%) eran tabaco dependientes y 20 (4.24%) eran alcohólicas.

La relación con la pareja y la actitud hacia el embarazo se expresa en la :

TABLA No V

La evaluación de las condiciones del embarazo sólo fue posible en las pacientes que tuvieron por lo menos una consulta prenatal. Del grupo de 471, 166 tuvieron una o más consultas prenatales e interrogadas sobre el conocimiento de métodos contraceptivos solamente 20 (4.24%) tenían información sobre anticonceptivos orales, inyectables o de barrera. El resto de los procedimientos eran totalmente desconocidos.

En el momento de llenar la hoja de interrogatorio para el protocolo de estudio, resultaron 431 (91.50%) primigestas y 38 (8.06%) de secundigestas. Dentro de la casuística se encontró dos pacientes que a los 16 años se les había realizado tres cesareas y salpingoclasia bilateral.

Cabe aclarar que en este estudio, el aspecto de la evaluación de las condiciones del embarazo fué el más difícil y se considera poco concluyente debido a que todas las pacientes provenían del área rural y no acudieron a control prenatal. En forma global se anotaron las complicaciones gravidicas más sobresalientes incluyendo las leves y las severas y todas ellas se describen en la:

TABLA No VI

Las cifras de la hemoglobina plasmática tomada al ingreso al hospital para la atención obstétrica se especifican en la:

TABLA No VII

Si en una apreciación global se consideraran dos grupos, se ve que en el primero las pacientes con 10 gr o más de hemoglobina pueden considerarse con buen o regular estado nutricional mientras que en el segundo grupo 142 pacientes (30.14%) están las de estado nutricional deficiente con menos de 10 gr de hemoglobina, destacando en los dos últimos renglones 8 pacientes con 6 gr. y dos pacientes con 5 gr de hemoglobina plasmática.

La resolución del embarazo fue prácticamente en todos los casos una decisión tomada después del ingreso de la paciente a la unidad de teco-cirugía, obvia consecuencia de la falta de control prenatal. En una tabulación global de este aspecto se encontro en la:

TABLA No VIII

El número total de abortos espontáneos fué de 35 que correspondieron a 7.43% y de ellos, 20 fueron del primer trimestre entre los que se incluyen dos con degeneración molar y cuatro del segundo trimestre, dos de 14 uno de 15 y otro de 16 semanas.

La mayoría de los partos 54.14%, fueron eutócicos y sin mayores problemas en su atención y 36 fueron distócicos: 10 con periodo expulsivo prolongado, 8 con presentación pélvica, 4 con presentaciones occipitoposteriores persistentes que ameritaron la

aplicación de fórceps rotados y/o gemelares que requirieron gran extracción podálica del segundo gemelo.

Las cesareas fueron en número de 145 (30.78) y las indicaciones se enumeran en la:

TABLA No IX

La frecuencia de la operación cesarea en la embarazada adolescente estuvo por encima del índice registrado en la unidad tocoquirúrgica del hospital "Dr Miguel Silva" en el año de 1991 y fue de 17.6%. la frecuencia de los abortos y de los partos distócicos no fué mayor al registrado a la población general.

La evaluación de los productos al nacimiento se hizo por el departamento de neonatología del hospital y se recogieron los siguientes datos: edad gestacional, peso al nacimiento, índice de AFGAR Y SILVERMAN, la talla y las cifras de mortalidad y morbilidad.

La edad gestacional en que espontáneamente ocurrió el desenlace gravídico, si se excluyen los 35 casos de abortos espontáneos ya analizados, ocurrió en los 426 casos restantes, en 43 de ellos entre la 31 y la 36a semanas, en 370 casos entre las 37 y 40 y en 13 casos los partos fueron en embarazos de amenorrea prolongada de 41 semanas o más. Los pesos de los productos mostraron grandes variaciones en relación directa con la edad gestacional más que con algún otro factor presumible. Para los productos de pre-término el peso osciló entre 1,200 y 2,400 kg. y para los de término entre 2,500 y 5,000 kg. Los índices de AFGAR Y SILVERMAN evaluados al minuto y a los cinco minutos fueron correlativos a las condiciones obstétricas de cada embarazo quedando en la gran mayoría, para los embarazos de término entre 8 y 9 y

fueron decreciendo en forma directa y lineal con la prematuridad y las condiciones que desataron sufrimiento fetal. Lo mismo puede afirmarse con respecto a la talla.

La mortalidad fetal ocurrió en 6 casos y se relacionó a prematuridad e insuficiencia respiratoria. Uno de estos casos tuvo además una hemorragia cerebral intraventricular. En los casos de morbilidad neonatal, la sepsis fue la complicación más frecuente ocurriendo en 42 de los 55 casos de complicaciones neonatales. En 6 casos se apreciaron malformaciones congénitas menores.

El resumen de las complicaciones neonatales se expresa en la:

TABLA No X

El último factor de análisis se relacionó con la personalidad de las madres adolescentes investigando intencionadamente algún componente psicopático o bien la presencia de toxicomanías. La actitud de rechazo al embarazo se investigó por la disposición para dar en adopción al neonato o por aceptar la práctica del aborto. Los resultados se expresan en la tabla No XI.

TABLA No XI

El componente psicopático incluyó la evaluación de los siguientes componentes: ansiedad, angustia, depresión, inadaptación al medio, y complejo de culpa. En forma global, el 46% de las pacientes tenían uno o varios componentes y la gama de apreciación fue de una gran variabilidad desde la madre adolescente que era recibida con complacencia por la familia paterna y que auguraba buena adaptación hasta una de las más jóvenes, alcohólica, con el antecedente de 10 compañeros sexuales

y sin auxilio familiar de ninguna especie. De las 186 pacientes que acudieron por lo menos una vez a la consulta prenatal (39.4%), ninguna aceptó la práctica del aborto, sin que quiera decir que más de alguna de ellas lo haya pensado. Llamó también poderosamente la atención que interrogadas específicamente sobre el deseo de dar en adopción al recién nacido solamente 20 de las 471 estaban de acuerdo en aceptar esta situación, o sea el (4.24%), pero una vez efectuado el nacimiento ninguna madre persistió en esta actitud.

IV.- COMENTARIO

De acuerdo con los datos publicados con el INEGI en 1971 (14) en nuestro país ocurren 2.5 millones cada año, de los cuales el 50% son en mujeres de 18 años. Las cifras publicadas en algunos hospitales de nuestro país hacen oscilar la frecuencia del embarazo en la adolescencia entre 1.5 y 12.2%, de acuerdo con la frecuencia encontrada en esta revisión, 8.09%, la cifra nos acerca más al del instituto nacional de perinatología de la ciudad de México, que es la más alta publicada en nuestro país. Es pues una realidad que en nuestro medio el embarazo en la mujer adolescente ocurre con una frecuencia aproximada de uno por cada diez embarazos (1, 5, 8, 15, 18, 21).

Tradicionalmente se ha divulgado el criterio de que el embarazo sería ideal que ocurriera cuando la mujer ha completado su crecimiento y desarrollo y ha ocurrido un status cultural, familiar y económico que le permita atender a la función productiva sin menoscabo de la salud y sin perturbación del equilibrio familiar (20). Si se quisiera enmarcar en un límite cronológico, la edad más adecuada para la reproducción sería entre los 20 y los 30 años. ¿Habría desde el punto de vista médico razones suficientes poderosas para desaconsejar el embarazo en la adolescencia?

Del análisis de los 5 objetivos mencionados en el método de estudio de la presente investigación, el que se refiere a las condiciones obstétricas generales de las gestantes muestra que de las 471 solamente 186 (39.49%) acudieron a una o más consultas prenatales y la mayoría, que fueron 285 (60.72%) llegaron al hospital en el

momento de la resolución del embarazo. Este hecho que coincide con lo asentado en otras publicaciones influye definitivamente en la evolución del embarazo y la prevención de las complicaciones (8, 10, 22). Más que el deseo de mantener oculto el embarazo por temor al rechazo familiar o social, en nuestro grupo, lo atribuimos a la ingorancia y a la falta de interés por mantener la salud.

De acuerdo con la escasa o nula escolaridad, la incultura y la falta de información, solamente el 5.48% tenían algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos y para la mayoría estos conocimientos eran totalmente desconocidos.

La cifra de hemoglobina plasmática, tomada como un índice global y apreciativo del estado nutricional de estas mujeres reveló que más de la cuarta parte (30.14%) tenía anemia severa, algunas con 5, 6, y 7 gr. de hemoglobina por Dl de plasma. Este dato habla de las grandes carencias del aporte nutricional de la dieta que concuerda también con la precarias condiciones económicas de las gestantes y por el desinterés para acudir a los servicios de salud en donde gratuitamente se proporcionan el hierro y los elementos complementarios de la dieta.

De las complicaciones gravidicas encontradas en las gestantes juveniles dos problemas infecciosos tuvieron franco predominio: Las cervicovaginitis (36.94%) y la urosepsis (12.73) que sumadas dan un 49.87%. Como se sabe, las cervico-vaginitis y las infecciones urinarias tienen una relación fisiopatológica entre si y con otras complicaciones gravidicas como la ruptura prematura del amnios y la toxemia del embarazo. Sin embargo, en nuestra casuística, la alta frecuencia de infecciones urogenitales bajas no incrementó las cifras de toxemia ni de otras complicaciones.

En relación con la enfermedad hipertensiva de la gestación, que en varias publicaciones se menciona como una complicación frecuente en la embarazada adolescente (1, 15, 19, 22), en esta revisión ocurrió en 28 casos 5.94% y que está por debajo al general aceptado. Hay que aclarar que el porcentaje de las cifras de la tensión arterial se obtuvo durante la estancia hospitalaria de las pacientes y no durante el curso gestacional. De cualquier forma puede servir como un índice comparativo global. Las demás complicaciones encontradas en el grupo estudiado y asentadas en el cuadro respectivo no tuvieron significación clínica importante.

En cuanto a la resolución del embarazo llama poderosamente la atención que pese a las condiciones desfavorables, en más de la mitad de las gestantes, los partos fueron eutócicos (54.14%) y el número de abortos y distocias no rebasó en números globales el esperado para la población obstétrica en general. La cifra de operaciones cesareas sí fué superior (30.78%) en relación al 17.6% promediado en la unidad tecoquirúrgica del servicio para 1991. Las indicaciones que ocuparon el mayor número de casos fueron: Desproporción céfalo-pélvica 9.55%, prematuridad y ruptura prematura de membranas 8.56%, hipertensión arterial gestacional y presentación pélvica en primigesta, 3.60% para cada una. Las indicaciones de la cesarea estuvieron en relación a indicaciones obstétricas bien específicas y solamente en el renglón de las indicaciones por desproporción céfalo-pélvica cabría aceptar extralimitaciones explicadas por la actitud paternalista del médico motivada por el deseo de atenuar el sufrimiento o el dolor de una madre joven.

La tabulación y análisis de los datos de los recién nacidos de madres adolescentes mostró una relación

lineal y correlativa entre el peso, la talla y la edad gestacional. Las cifras de morbi-mortalidad también mostraron relación directa con la prematuridad. No se pudo concluir ninguna relación de incremento en la morbi-mortalidad neonatal en relación directa al solo hecho de tratarse de una madre adolescente (2, 25).

Sin lugar a dudas, el factor más importante a considerar en la gestante adolescente, es el relacionado con las características de su personalidad, con las de su ambiente, con el impacto emocional del embarazo y sus posibles repercusiones psicopáticas.

Prácticamente las 471 gestantes integrantes del grupo de análisis tenían una escolaridad muy baja: de ahí que la instrucción e información sobre la función reproductiva era muy deficiente o casi nula. La influencia familiar, en muchos casos desintegrada y ausente, desempeña también un papel muy deficiente en la información sobre la reproducción. Los casos de violación e incesto que alcanzaron la cifra de 5.73% ejemplificarían los casos extremos la influencia nociva de la familia. Analizando la edad a la que se realizaron las relaciones sexuales en este grupo de mujeres adolescentes veremos que la mayoría, el 56.68%, iniciaron la vida sexual entre los 12 y 15 años y en este grupo se registró el mayor desajuste emocional provocado por el embarazo. El 7.05% tenían vida sexual promiscua. En este grupo de mujeres más jóvenes, la relación sexual tenía solamente el componente instintivo y la repercusión reproductora nunca fue considerada. El componente afectivo hacia la pareja no estaba integrado a la práctica del sexo pero posteriormente sí se presentó y, en algunos casos, pudo constatararse con cierto sentido de dependencia.

La evaluación psicológica arrojó un componente psicopático en el 44% de los casos y dentro de las modalidades investigadas, la depresión y el complejo de culpa fueron los más constantes.

La actitud de rechazo al embarazo se investigó solamente en el grupo minoritario de pacientes que acudieron, por lo menos en una ocasión, a la consulta prenatal y ninguna de ellas estuvo de dispuesta a aceptar la práctica del aborto. Interrogadas específicamente, después del nacimiento del bebé, sobre el deseo de dar en adopción a su hijo, el porcentaje de pacientes que había aceptado esta situación, la rechazo después del nacimiento.

Como un comentario final y en franca concordancia con la mayoría de los autores que han escrito sobre el tema (17, 18), nos parece que el reto del embarazo en la mujer adolescente estriba en la educación sexual con especial enfoque a la preparación para la reproducción. Los tres componentes de la relación sexual en los humanos, percepción de sensación placentera, manifestación de afecto y repercusión reproductiva debería formar parte de la educación básica en materia sexual para los niños, en los ambientes familiares y escolares. Parecería que el embarazo en la mujer adolescente no fuera primordialmente un problema de salud ya que si éste ocurre, una adecuada atención prenatal y un eficiente desempeño obstétrico puede reducir al mínimo las complicaciones y asegurar el nacimiento de un bebé saludable. Esto no bastaría si el neonato es llevado a un ambiente desfavorable, carente de lo más indispensable y amenazado seriamente en su salud y desarrollo. Recordemos que la vida tiene un valor intrínseco en cualquier lugar y tiempo de la historia. Nuestro deber como médicos, como

padres o como educadores es impulsar su desarrollo y su
consecuente bienestar en el mundo.

TABLA No. 1

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

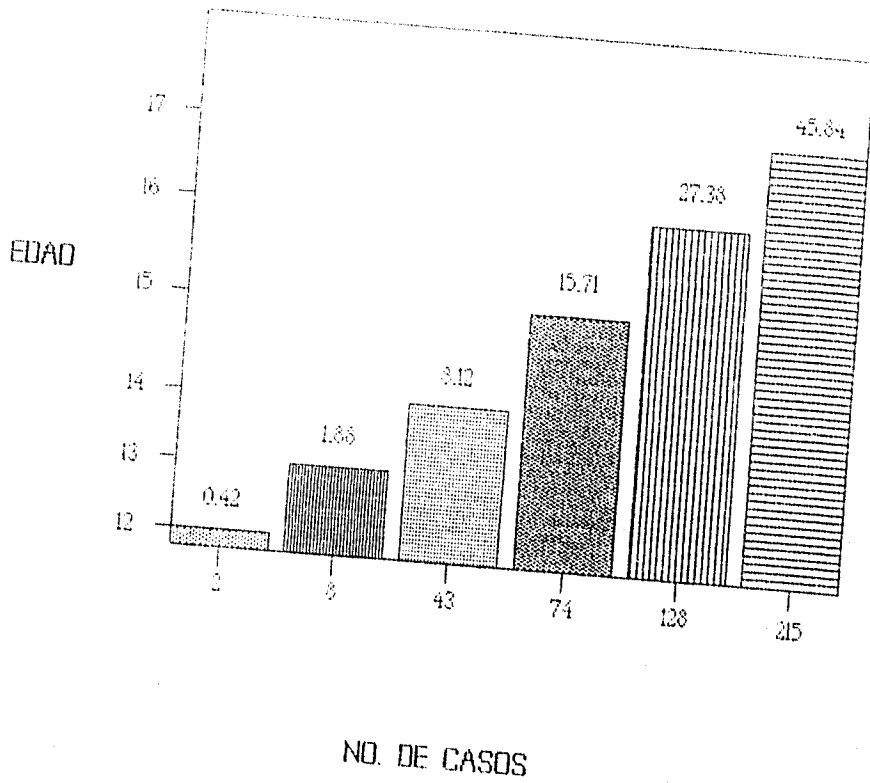


TABLA No. II

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

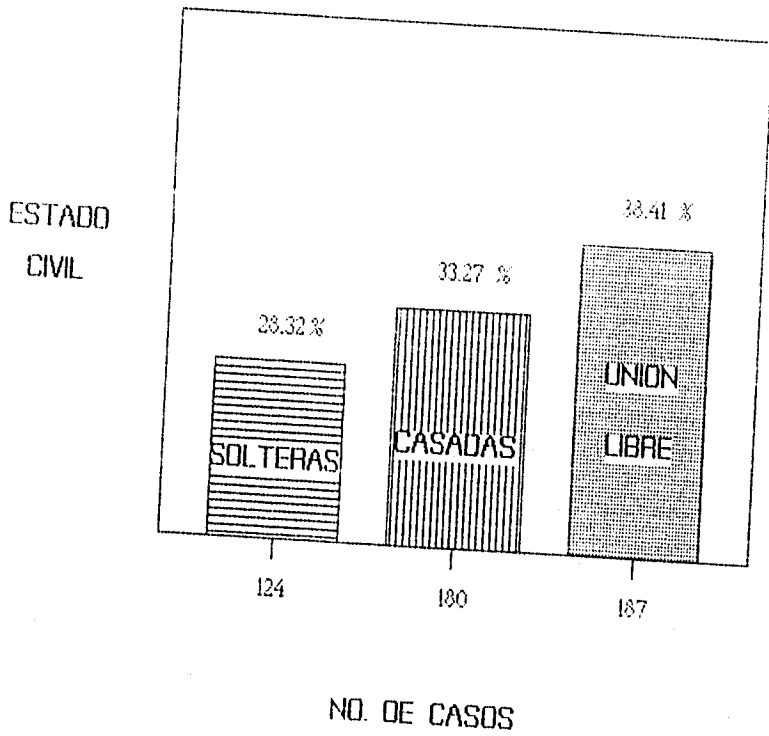
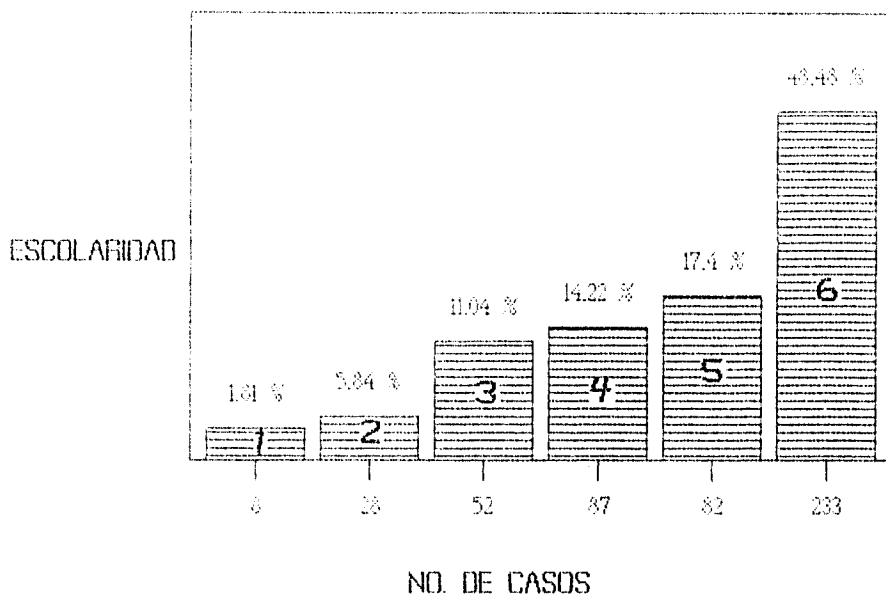


TABLA No. III

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



PREPARATORIA	1	ANALFABETAS	4
SECUNDARIA COMPLETA	2	PRIMERA COMPLETA	5
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	PRIMARIA INCOMPLETA	6

TABLA No. IV

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

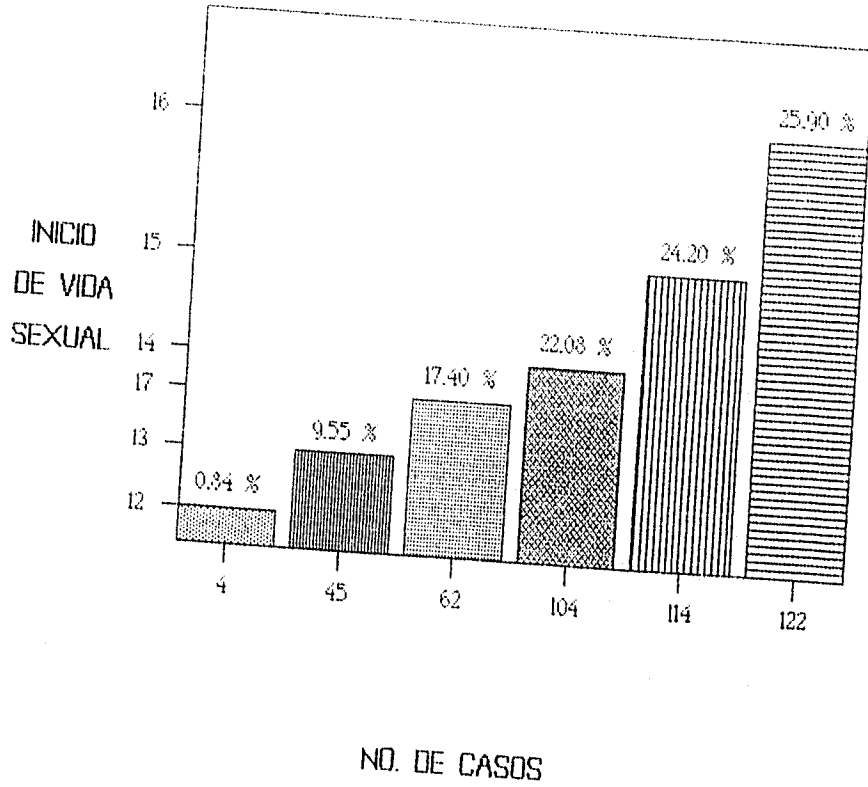
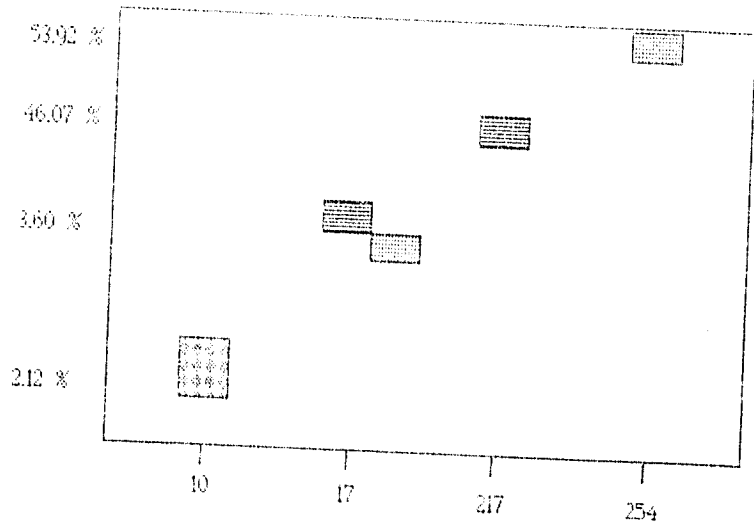


TABLA No. V

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

EMBARAZO DESEADO

PORCENTAJE



NO. DE CASOS

SI



VIOLACION



NO

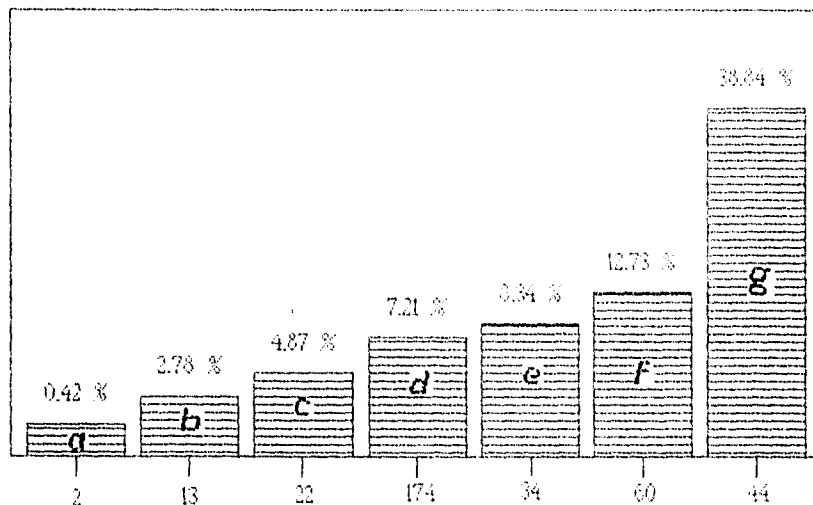


INCESTO



TABLA No. VI

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
COMPLICACION DEL EMBARAZO



NO. DE CASOS

EMBARAZO
ECTOPICO

a

AMENAZA DE
ABORTO

b

AMENAZA DE
PARTO

c

ABORTOS

d

HIPERTENSION
GESTACIONAL

e

UROSEPSIS

f

CERVICOVAGI
NITIS

g

TABLA No. VII

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
CIFRAS DE HEMOGLOBINA

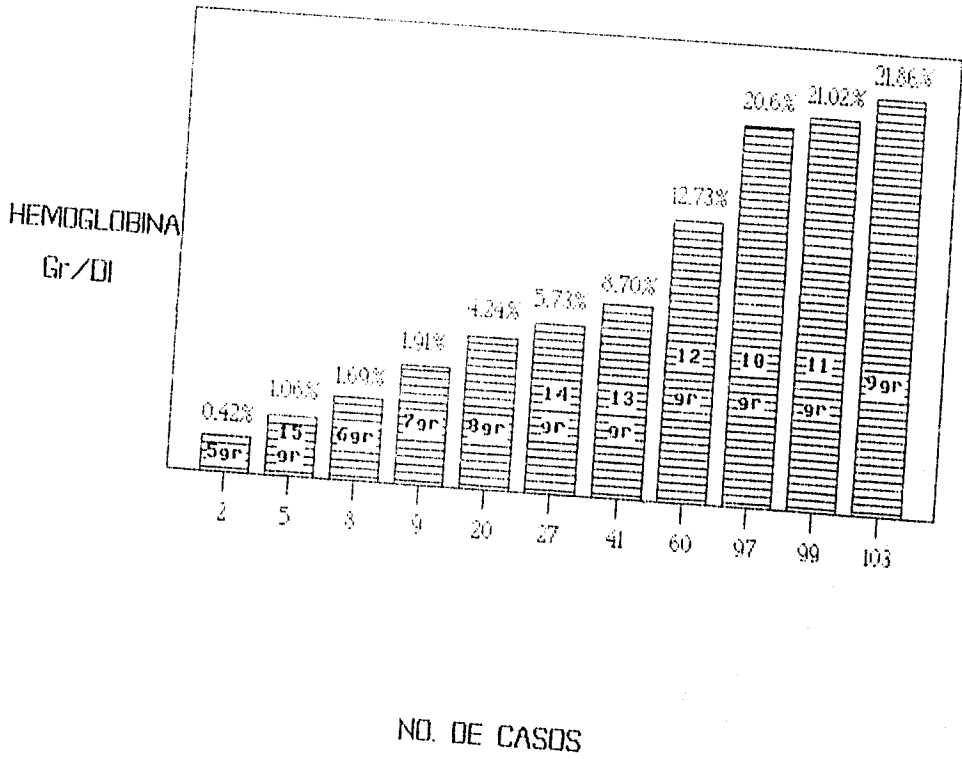
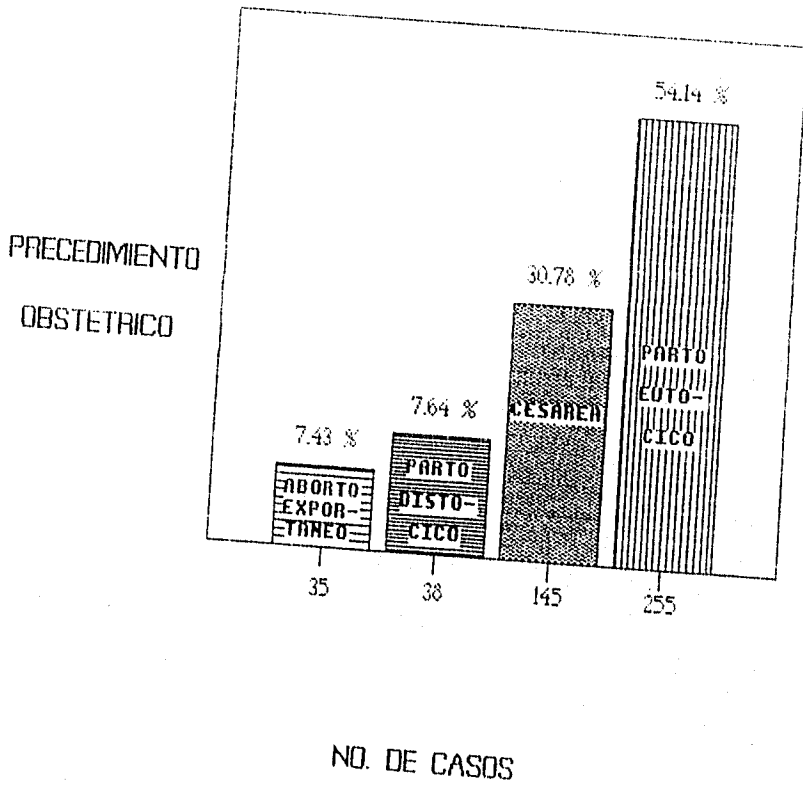
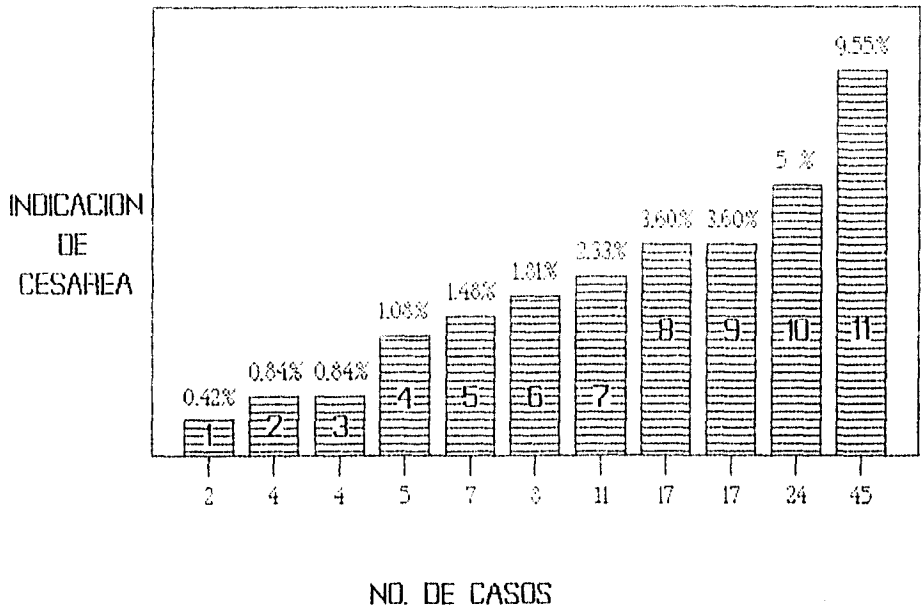


TABLA No. VIII

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
RESOLUCION OBSTETRICA



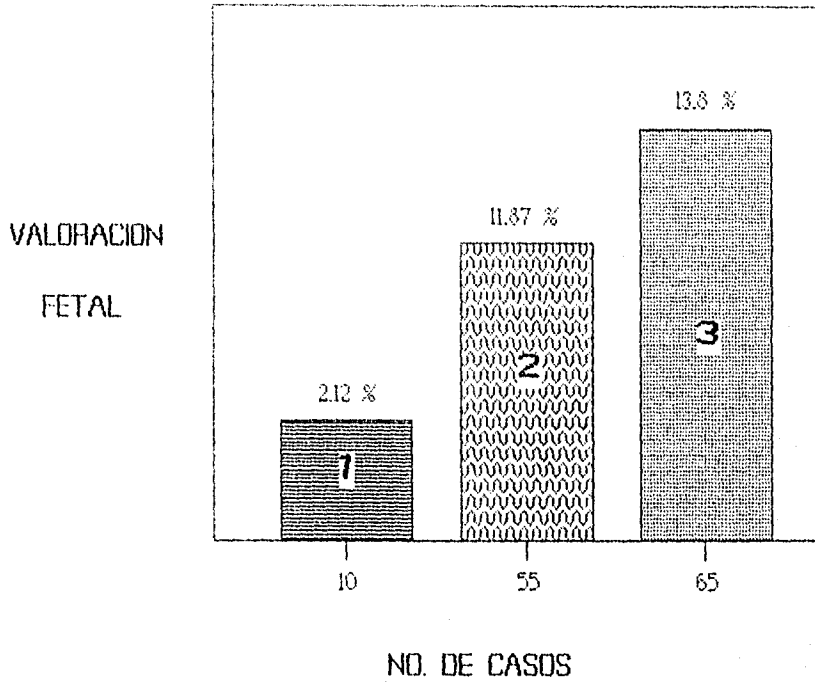
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
INDICE DE OPERACION CESAREA



EMBARAZO GEMELAR	1	SFA	6
AMENORREA PROLONGADA	2	MACROSOMIA FETAL	7
PELVIS ASIMETRICA	3	PELVICO	8
CESAREA ANTERIOR	4	TOXEMIA	9
SITUACION TRANSVERSA	5	PREMATUREZ	10
		DCP	11

TABLA No. X

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
COMPLICACIONES FETALES



MORTALIDAD FETAL

1

MORBILIDAD FETAL

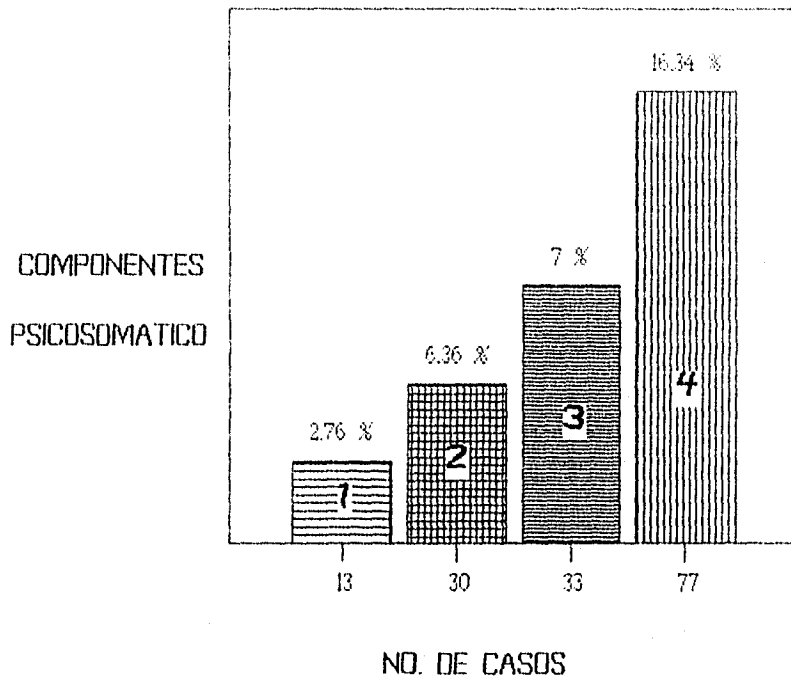
2

MORBI MORTALIDAD

3

TABLA No. XI

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO



ALCOHOLISMO

1

TABAQUISMO

4

PROMISCUIDAD SEXUAL

2

ACEPTACION

0

ACEPTAN DAR ADOPCION

3

DEL ABORTO

V.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ahued, J. R., Lowenberg, F. E., Vargas, C. y Tonasi N.E. 'Atención obstétrica en la adolescencia'. Excp. Med. VIII world Cong. of Gynec. Obstet. P. P. 68. 1976.
- 2.- Arcovedo Peniche, F. y Fuentes Juarez, R. 'Neonatos de riesgo en un hospital de Gineco-obstetricia'. Perinatol Reprod. Hum. 50: 183, 1982.
- 3.- Atkin, L. C. y Pick de Weiss, S. 'Antecedentes psico-sociales del embarazo en la adolescencia'. Perinatol Reprod. Hum. 3: 152, 1989.
- 4.- Aznar, R. R., Lara, R. R. 'Embarazo en la adolescencia' Ginec. Obstet. Mex. 22: 661. 1967.
- 5.- Aznar R. R., and Bennet, A. 'Pregnancy in the adolescent girl'. Am. J. Obstet. Gynecol. 81: 934, 1961.
- 6.- Ballard, W. M. and Gold, E. M. 'Medical and Health aspects of Reproduction in the adolescent '. CI Obstet Gynecol. 2 : 338, 1971.
- 7.- Chávez Azuela, J., Castro, C. F., Guerrero, S. A. y Tonda, R. P. 'Riesgo materno fetal de la paciente sometida a cirugía obstétrica'. Ginec. Obstet. Mex. 43: 405, 1978.
- 8.- Cávez Azuela, J. 'Embarazo y anticoncepción en la adolescente'. Ginecología Ed. Méndez Cervantes, Mex. 1982.

9.- Felig , Ph., Baxter, J. d., Broadus, A. E. and Frohman, L.A. 'Endocrinología y metabolismo'. Mc Graw-Hill Inc. 1981. Pag. 1390-1393.

10.- Gorrero, S. A., Cávez Azuela, J., González, R. R., Peredo E. J. y Karchner, K. S. 'El riesgo del embarazo en la paciente adolescente '. Ginec. Obstet. Mex. 37: 119, 1975.

11.- Heald, F. P. 'Grwth and Development'. Cl. Obstet. Gynecol 2: 327, 1971.

12.- Herrera Lazo, F., Diaz y Diaz, J. 'Embarazo en la Adolescente' . Ginec. Obstet. Mex. 48: 285, 1980.

13.- Hutchins, F., Kendall, N. and Rubino, J. 'Experience with teenage Pregnancy'. Obstet. Gynecol. 54: 1, 1979.

14.- Informe del instituto nacional de estadística, Geografía e informática (INEGI), 1991.

15- Kably Ambe, A., Mar de la Rosa, J., Crozzo Herrera, M T. y Alvarado Duraán, A. 'Embarazo en la adolescente. análisis de 500 casos'. Ginec. Obstet. Mex. 50: 179, 1982.

16.- Marín Ruiz, R., Marín Ruiz, A. M. y Delgado Herrera, A. M. 'Embarazo en la Adolescente'. Ginec. Obstet. Mex.51: 143, 1983.

17.- Ortigoza, C. E., Cortés Hernández, E., Garnica Romero, L., y Martínez Hernández, A. 'Sexualidad y Reproducción'. Ginec. Obstet. Mex. 59: 293, 1991.

- 18.- Ortigoza-Corona, E., Carrasco-Resendiz, I. y González Flores, A. 'Perfil socio-económico y Educación sobre reproducción en Adolescentes'. *Ferinatol. Reprod. Hum.* 6: 70, 1992.
- 19.- Ortiz Sánchez, E. 'Embarazo en la adolescencia'. Revisión de 840 casos clínicos. *obstet. ginec. Mex.* 59: 289, 1991.
- 20.- Osofsky, H. J. 'Adolescent Sexual Behavior; Current Status and Anticipated Trends for the Future'. *Cl. Obstet. Ginec.* 2: 393, 1971.
- 21.- Pion, R. J. 'Family Planning Education'. *Cl. Obstet. Gynecol.* 2: 409, 1971.
- 22.- Ruiz Velasco, V., Peraza, Z. M. A. 'Gestación en la Adolescente'. *Ginec. Obstet. Mex'* 29: 117, 1974.
- 23.- Ryan, G. M. and col. 'Attitudes of Adolescents toward Pregnancy and Contraception'. *Am. J. Onstet. Gynecol.* 137: 358, 1980.
- 24.- Toro, C. R. J. 'Embarazo en Adolescentes. I. Complicaciones Obstétricas'. *Ginec. Obstet. Mex.* 59, supl L. pag. 48, 1991.
- 25.- Toro, C. R. J. 'Embarazo en adolescentes II. Comparaciones del peso, somatometría, y AFGAR con la población general'. *Ginec. Obstet. Mex.* 59:, Supl. 1, Pag. 48, 1991.
- 26.- Pope, J. F., Skinner, J. D. 'Pregnancy Weight and rate of Maternal Weight gain in Adolescents and young adults. *J.Am. Diet. Assoc.* 1992 Dec; 92 (12): 1479-82.

27.- Chirinos de Cova, M. A. 'Pregnancy in adolescence'. Rev-Cuba-Enferm. 1992 Jan-Jun; 8(1): 50-62.

28.- Oskamp, S y Mindick, B. 'Personality and attitudinal barriers to contraceptive '. in D. Byrene y W. Fisher, adolescents, sex and contraceptive, hillsdale N. J.: lawrence Erlbaum assoc. 1983.

29.- Klein, L. 'Antecedentes del embarazo en dolescentes'. Clin. Obstet. Ginec. ,1978; 4: 1199.

30.- Cobliner, G. W.: ' Pregnancy in the single adolescent girl'. The role of cognitive function. Of youht and adolescence. 1974; 3 (1): 17-29.

31.- Vener, A. M. y Stewart, C. S. 'Adolescent sexual behavior in middle America revisited: 197-199. J. Marriage and the family. 1974; 36: 728-735.

32.- Pickde Weiss, S. Diaz-Loving, R. 'Adolescentes en la ciudad de mexico: estudio psicosocial de las prácticas anticonceptivas y embarazo no deseado'. Organizacion panamericana de la salud y fondo para actividades en materia de poblacion de naciones unidas 1988.

33.- Sereno, C. J. A., Castillo, H. E., Mendoza, P. R. 'Embarazo en la adolescente'. Un reto socioeconomico. Hospital General 'Dr Miguel Silva', SSA, Morelia, Mich.

34.- Day, N. L., Cottreau, C. M., Richardson, G. A. 'The epidemiology of alcohol, mariguana, and cocaine use among women of childbearing age and pregnant women'. Clin. Obstet. Gynecol. 1993 jun; 36 920: 232-45.

35.- Smith, J. 'Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. BMJ. 1993 May. 8; 306 (6887): 1232-5.

36.- Atkin- L. C., Alatorre-Rico-J. 'Pregnant again? Psychosocial predictors of short-interval repeat pregnancy among adolescent mothers in Mexico City. J-Adolesc-Health. 1992 Dec.; 13 (8):700-6.

37.- Keddie-A. M. 'Psychosocial factors associated with teenage pregnancy in Jamaica'. Adolescence. 1992 Winter 27 (108): 873-90.