

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA**



**“COMPLICACIONES
PERINATALES DE PRIMIGESTAS
ADULTAS Y ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
DR. DANIEL FELIPE CAMACHO LÓPEZ
DR. AGUSTIN AVILA VAZQUEZ ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**

MEXICALI, B.C. MARZO 2016



Dr. Fernando Peñuñuri Yepiz
Director Hospital General de Tijuana



Dra. Bianca E. García Frágoso
Jefe del departamento de Enseñanza e Investigación



Dra. Luz Elena Aburto Márquez
Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia



Dr. Agustín Ávila Vázquez
Titular del curso de Ginecología y Obstetricia



Dr. Agustín Ávila Vázquez
Asesor de tesis

DANIEL FELIPE CAMACHO LOPEZ
SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por darme vida y salud para llegar a éste nivel de vida y profesionalismo.

A mis padres José Guillermo Camacho Montoya y María Elena López Armenta, quienes han sido inspiración para saber que con empeño y dedicación siempre se puede lograr lo que uno se propone.

A mis hermanos Guillermo Camacho López y Marcos Raúl Camacho López, sin quienes mi vida no sería la misma y no tendría recuerdos inolvidables, a mis cuñadas y sobrinas (os) que se han vuelto parte importante de mi vida.

A Samira Palafox López (mi esposa), mi más agradable e inesperada sorpresa durante el último año de residencia, a ti que siempre tienes la palabra y el gesto adecuado para hacerme sentir que todo está bien, brindándome tu amor incondicional y convirtiéndote en mi pareja y mejor amiga.

A mis compañeros residentes; donde encontré grandes amigos que se que me acompañarán toda la vida, a mis residentes mayores que fueron maestros incondicionales y sin horarios, a mis residentes menores con los cuales he aprendido día a día; a mis compañeros de año Juan Manuel De Dios Rivera y Carmen Medina con los cuales he compartido este paso de la vida profesional como Médico Especialista en formación.

A los Doctores que si puedo llamar maestros en toda la extensión de la palabra porque han compartido sus conocimientos y su experiencia. En especial a mi asesor Dr. Agustín Ávila Vázquez y a todos los que colaboraron e hicieron posible la elaboración de este trabajo, y sobre todo a personal de trabajo del Hospital General de Tijuana y a sus pacientes, los cuales día a día me enseñan algo nuevo y me reiteran el motivo por el cual estoy aquí.

INDICE DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
RESÚMEN.	7
Capítulo II	
INTRODUCCIÓN.	9
Capítulo III	
HIPÓTESIS.	15
Capítulo IV	
OBJETIVOS.	16
Capítulo V	
MATERIAL Y MÉTODOS.	17
Capítulo VI	
RESULTADOS.	19
Capítulo VII	
DISCUSIÓN.	21
Capítulo VIII	
CONCLUSIONES.	23

Capítulo IX	
BIBLIOGRAFIA.	24
Capítulo X	
ABSTRACT	26
Capítulo XI	
ANEXOS	28

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización mundial de la salud

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IVUB: Infección de vías urinarias baja

RPM: Ruptura prematura de membranas

DMG: Diabetes mellitus gestacional

EHEAC: Enfermedad hipertensiva del embarazo a clasificar

APP: Amenaza de parto pretérmino

TPP: Trabajo de parto pretérmino

RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino

RR: Riesgo relativo

CAPITULO I

RESUMEN

La adolescencia definida por la OMS es el periodo de la vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva. El embarazo en adolescentes se ha asociado con un aumento en la incidencia de varios resultados adversos maternos y perinatales (Conde A. Belizan J, 2005). Sin embargo una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas.

Objetivo: Demostrar que las complicaciones perinatales son iguales en adolescentes y adultas.

Materias y métodos: Es un estudio tipo encuesta o cohorte, observacional, transversal, comparativo, no ciego, prospectivo, con población de estudio abierta donde se incluyeron pacientes primigestas que acudieron a atención del nacimiento en un año, dividiéndose en primigestas adultas y adolescentes. Se consideraron las siguientes variables: Cuantitativas: semanas de gestación, apgar al minuto y 5 minutos y las semanas por capurro. Categóricas: amenaza de aborto, anemia, infección de vías urinarias, amenaza de aborto, trastornos digestivos, trabajo o amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, vía de nacimiento (parto o cesárea).

Resultados: Se seleccionaron 1011 pacientes, de las cuales 663 fueron adolescentes y 348 adultas. El peso promedio de los productos en adolescentes fue mayor, sin embargo las pacientes adultas presentaron una mayor prevalencia de cesárea y diabetes gestacional.

Conclusiones: La prevalencia de complicaciones perinatales en primigestas fue similar a la reportada en la literatura. La hipótesis no fue comprobada a pesar de que la gran mayoría de las complicaciones perinatales son similares en primigestas adolescentes y adultas, con

excepción de la diabetes gestacional que es más frecuente en primigestas adultas añosas, así como el desembarazo vía cesárea en adultas.

CAPITULO II

INTRODUCCION

En las mujeres, una reproducción satisfactoria se basa en un sistema complejo de comunicaciones entre hipotálamo, hipófisis y ovario para lograr la madurez sexual en la pubertad, el desarrollo del folículo ovárico y la ovulación (Danforth, 2003). El embarazo es el proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionarios y fetales (Mosby, 1994).

La adolescencia es la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. La OMS define como adolescencia al periodo de la vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años (J., 2001). La adolescencia se divide en tres etapas: temprana de los 10 a 13 años, media de 14 a 16 años y tardía de los 17 a 19 años.

Según el censo de población del 2010 realizado por el INEGI al 2009, poco más de la cuarta parte de la población en el país (26.2 %) es joven (15 a 29 años). En el interior de este grupo, los adolescentes de 15 a 19 años de edad representan 38.5 %. La población adolescente en México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. Entre el 2000 y el 2020 el grupo de edad más grande de la población será de 10 a 19 años (V., 2003)

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo ni se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto (Sandoval J, 2007)

El embarazo en la adolescencia se 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 (J., 2001). Routi define el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica (A., 1994). El 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). Existen factores de riesgo predictores para la presencia de embarazo adolescente, que se han categorizado de la siguiente forma:

Biológicos. Menarquía temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. La pubertad se ha modificado a lo largo del tiempo, desde los 12 a 13 años hasta los 17 años. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo (Services, 2002).

Psicosociales. Uniparentales o con conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones

sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor (Services, 2002).

Sociales. Las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo (Services, 2002).

Existen numerosos métodos de evaluación encaminados a identificar factores de riesgo presentes en la paciente adolescente embarazada, algunos de los cuales constan solo de la identificación de factores de riesgo de orden social, otros encaminados a identificar los psicosociales y otros a identificar los de orden biológico, esto con la finalidad de identificar aquellos factores más prevalentes y que ponen en mayor riesgo el embarazo en este grupo de pacientes

Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (J., 2001).

Se estima que en países en desarrollo aproximadamente el 20 a 60% de los embarazos son no deseados (J. P. , 1997). Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años, de 16 y más. Stain y cols., demostraron que el riesgo

obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste en las pacientes menores de 16 años los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentan mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de nivel socioeconómico similar (Díaz A, 2002).

El embarazo en adolescentes se ha asociado con un aumento en la incidencia de varios resultados adversos maternos y perinatales, tales como bajo peso al nacer, parto prematuro, productos pequeños para la edad gestacional, muerte perinatal, preeclampsia y muerte materna (Conde A. Belizan J, 2005). Sin embargo una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas (Díaz A, 2002).

La edad gestacional de parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna (Montero A, 1999). Algunos estudios destacan que existe mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas en la paciente adolescente (A., 1994).

Paula Leon y cols, reportaron los siguientes hallazgos de complicaciones perinatales en pacientes embarazadas adultas y primigestas, encontrado como única diferencia estadísticamente significativa la restricción de crecimiento intrauterino, sobre todo en pacientes adolescentes menores de 16 años (Leon P, 2008) (Tabla 1).

Bonjanini en un estudio realizado en el hospital universitario San Vicente de Paul de Medellín Colombia se incluyeron 1160 pacientes, el 28.6% eran adolescentes y 70.9% adultas. Se

encontró una mayor incidencia de hemorragia del tercer trimestre y diabetes gestacional en pacientes adultas. En cuanto a la enfermedad hipertensiva del embarazo específicamente preeclampsia no se mostró tendencia por algún grupo de edad a diferencia de la eclampsia que se presentó más frecuentemente en el grupo de adolescentes así, como el parto pretérmino (Leon P, 2008). Por tanto se concluyó que el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas y la eclampsia son más frecuentes en las adolescentes y la hemorragia del tercer trimestre y la diabetes gestaciones son más frecuentes en adultas (Bonjanini J, 2004).

En un estudio de casos y controles de 2 055 madres menores de 20 años, que tuvieron su parto se establecieron comparaciones con igual número de madres de 20 a 30 años. Se estudiaron diferentes variables y se encontró que en las adolescentes predominaron, dentro de los antecedentes obstétricos, el bajo peso, que fue superior en este grupo. Durante el embarazo presentaron mayor desnutrición por defecto, amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva gravídica. Además, partos distócicos, con un 35,7 % de cesáreas, cuyas primeras causas fueron la desproporción céfalo pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida. Las complicaciones neonatales más frecuentemente encontradas fueron bajo peso al nacer, distrés transitorio e hipoxia. En las madres adolescentes hubo mayor morbilidad puerperal y las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz aumentaron (Vázquez A, 2001). El trabajo de parto prolongado, desgarros perineales, productos con peso bajo al nacer y prematuridad son frecuentes en madres adolescentes (E, 2000).

Como hace mención Cabero y Saldivar, hay cambios en costumbres, educación y responsabilidades que las mujeres asumen día con día y se ha vuelto común que la mujer decida embarazarse estando ya cercana a los cuarenta años. (Cabero L, 2007). Maradiegue

E. mencionan que la incidencia de patología materna es más elevada en las primigestas añosas, con un RR de 8,55 para hipertensión arterial previa, 2,49 en eclampsia, 1,39 en pre eclampsia, 2,18 en desproporción cefalopélvica y 2,03 en la hemorragia del 3er trimestre. La cesárea tiene un riesgo relativo de 2,55. La tasa de mortalidad materna en las añosas es de 751.9 x 100,00 nacidos vivos y la de mujeres de 20 a 29 años 172,3. (Maradiegue M, 2007)

En esta investigación creemos que las complicaciones perinatales son iguales en ambos grupos de edad, que no están relacionadas propiamente con la edad y la variedad de resultados en los diferentes estudios orienta hacia dicha hipótesis.

Justificando dicha investigación, ya que contamos con un alto número de pacientes adolescentes, con gran impacto tanto ingreso hospitalario como en embarazo de alto riesgo con las complicaciones que conlleva. Es por ello que nos propusimos a realizar dicho estudio, y así conocer las similitudes o diferencias entre embarazadas en edad adulta y adolescente, así como su impacto y gran importancia en nuestro medio, que de ante mano sabemos es muy alto.

CAPITULO III

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo:

Las primigestas adolescentes tienen mayor riesgo de presentar complicación perinatal que en primigestas adultas.

Hipótesis nula:

Las complicaciones perinatales no son mas frecuentes en primigestas adolescente que en primigestas adultas.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de complicaciones perinatales en primigestas adolescentes y adultas.

Objetivos particulares:

- 1.- Conocer la prevalencia de complicaciones perinatales en primigestas adolescentes en el Hospital General de Tijuana.
- 2.- Conocer quien presenta mayor prevalencia de complicación entre primigestas adolescentes y adultas.
- 3.- Conocer riesgo relativo de presentar complicación perinatal entre primigestas adolescentes y adultas.

CAPITULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un protocolo avalado por el comité de ética, se diseñó un estudio tipo observacional, comparativo, no ciego, prospectivo, con población de estudio abierta donde se incluyeron pacientes primigestas que acudieron al área de Urgencias Tococirugía para atención del nacimiento al Hospital General de Tijuana en el periodo del 1° de agosto del 2013 al 31 de julio 2014. Donde se les realizó un cuestionario previo al parto y se revisó su expediente posterior al mismo. Se excluyeron pacientes con embarazo múltiple y con comorbilidades asociadas, así como menores de 28 semanas de edad gestacional.

Se formaron dos grupos con las pacientes reclutadas: Primigestas adultas y primigestas adolescentes. Se consideraron las siguientes variables:

Cuantitativas: Edad gestacional (en semanas), peso al nacer (en g), edad de la madre.

Catóricas: apgar al minuto y 5 minutos y las semanas por capurro, anemia, infección de vías urinarias, trastornos digestivos, trabajo o amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, vía de nacimiento (parto o cesárea).

Posterior al nacimiento del producto se recolectaron las variables a considerar y se reportaron los resultados del evento obstétrico.

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 20. Se

obtuvieron los estadísticos descriptivos tradicionales, tales como las medidas de tendencia central, de dispersión y de posición para las variables cuantitativas y las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Las variables fueron divididas según el grupo etario al que pertenecen, adolescentes (de 10 años a 19 años) y adultas (de 20 años o más) y se calcularon los riesgos relativos para cada complicación.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Se analizaron un total de 1011 pacientes, 663 fueron primigestas adolescentes y 348 primigestas adultas las cuales cumplieron a conformidad con los criterios establecidos en el presente protocolo; la edad promedio de las mismas fue de 20.04 años, siendo los 18 años la edad más frecuente en la base, esto con una variabilidad en los datos con respecto a la media de 5.004 años; al analizar las variables cuantitativas del embarazo (semanas de gestación, peso del producto y APGAR al minuto y 5 minutos) en un análisis descriptivo se observa el comportamiento de la tabla 2 y 3. Mostrando una media de edad gestacional de 38,49 sdg, un mínimo de 28 sdg y un máximo de 42 sdg. Respecto al peso al nacer refleja una media de 3698,85 grs con un mínimo de 1200 grs y un máximo de 4250 grs, así como una desviación estándar de 225,596 grs. Así también arrojando un resultado de 6 en frecuencia con APGAR del 1-5 en el primer minuto y de 1005 con APGAR del 6-10 en el mismo. Siendo en el minuto 5 de 1 en frecuencia con APGAR de 1-5 y de 1010 con APGAR de 6-10.

Al segmentar la población según la edad en adolescentes (de 10 años a 19 años) y adultas (de 20 años o más), se observa la distribución en las figuras 1, 2 y 3 respectivamente.

La principal complicación observada fue infección de vías urinarias con el 24% es decir 243 pacientes, seguido de parto vía cesárea en 194 pacientes (19.2%), Hb menor de 12 con 15% es decir 152 pacientes, amenaza de aborto con 13.3% (134 pacientes), enfermedades digestivas en 92 pacientes (9.1%), enfermedad hipertensiva en 86 pacientes (8.5%), ruptura prematura de membranas con 57 casos (5.6%), amenaza o trabajo de parto pretermino con 55 casos (5.4%), y con 52 casos de diabetes mellitus (5.1%) y con restricción de crecimiento

intrauterino en 25 casos (2.5%), observando una prevalencia de al menos una complicación en el 60.8% (figura 5).

De igual manera al analizar la prevalencia de complicaciones, según su tipos y el grupo etario antes establecido se observa el comportamiento de la figura 8, la prevalencia de complicaciones por grupo fue de 58.1% en adolescentes y de 66.4% en adultas. El riesgo relativo (RR) de presentar una complicación como primigesta adolescente fue de 0.875 con un intervalo de confianza del 95% entre 0.792 a 0.966. Al evaluar cada complicación por separado, encontramos que en el caso de infección de vías urinarias (IVU) la prevalencia fue de 22.9% en adolescentes y de 26.1% en adultas con un RR (IC 95%) 0.877 (0.700 a 1.098). En el caso de EHE se obtuvo una prevalencia de 7.2% en adolescentes y de 10.9% en adultas con un RR (IC 95%) 0.66 (0.442 a 994). En el caso de DMG resultó una prevalencia de 3.0% en adolescentes y de 9.2% en adultas con un RR (IC 95%) 0.32 (0.191 a 0.565). En el caso de RCIU se obtuvo una prevalencia de 1.8% en adolescentes y de 3.7% en adultas con un RR (IC 95%) 0.48 (0.223 a 1.050). En caso de Amenaza o trabajo de parto pretermino se obtuvo una prevalencia de 4.8% en adolescentes y de 6.6% en adultas con un RR (IC 95%) 0.73 (0.434 a 1.228). En el caso de Ruptura prematura de membranas resultó una prevalencia de 3.9% en adolescentes y de 8.9% en adultas con un RR (IC 95%) 0.44 (0.266 a 0.729). En el caso de Amenaza de aborto fue una prevalencia de 11.6% en adolescentes y de 16.4% en adultas con un RR (IC 95%) 0.70 (0.516 a 0.973). En el caso de Anemia (Hb menos de 12) se obtuvo una prevalencia de 14.6% en adolescentes y de 15.8% en adultas con un RR (IC 95%) 0.92 (0.926 a 0.683). En caso de interrupción de embarazo vía cesárea se obtuvo una prevalencia de 18.7% en adolescentes y de 20.1% en adultas con un RR (IC 95%) 0.93 (0.715 a 1.209). Y por último en caso de enfermedad digestiva se obtuvo una prevalencia de 8.3% en adolescentes y de 10.6% en adultas con un RR (IC 95%) 0.78 (0.525 a 1.159).

CAPITULO VII

DISCUSION

En el presente estudio, el objetivo fue demostrar que las complicaciones perinatales como la infección de vías urinarias, amenaza o trabajo de parto pretérmino, la enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, restricción del crecimiento, anemia y la ruptura prematura de membranas son similares en adolescentes y adultas. Se recabó la información de los eventos obstétricos de primigestas que ingresaron al Hospital en 1 año, clasificándolas en dos grupos iniciales, adultas y adolescentes comparativamente.

En el Hospital General de Tijuana el número de primigestas adolescentes atendidas va en descenso respecto al año pasado, lo cual refleja una buena orientación y aplicación de método de planificación familiar, sin embargo con una tendencia ascendente, como se reporta en la encuesta Nacional de la Juventud 2010, donde la tasa de fecundidad en los años 90 en mujeres de 15-19 años era de 12.1 % y para el 2009 la cifra alcanzo el 15.5% (Chamy P, 2009).

Lo interesante de nuestros resultados, es que la prevalencia de complicaciones perinatales (anemia, amenaza de aborto, RCIU, EHE, IVU y trastornos digestivos) fue relativamente superior en el grupo de embarazadas adultas. Las complicaciones en las cuales, el ser embarazada adolescente se relaciono con un menor riesgo fueron diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de aborto y ruptura prematura de membranas.

Estos resultados se podrían explicar en parte por el hecho de que la mayoría de las adultas con DMG y EHE pertenecía al grupo de primigestas añosas (más de 35 años), lo que representa un factor de riesgo para dichas patologías (Chamy P, 2009) (Gabbe S, 2000); en nuestro trabajo de manera similar que Bonjanni los resultados demuestran lo mismo.

En el presente estudio existió la limitación de desconocer si las pacientes llevaron un adecuado control prenatal, lo que imposibilita determinar si las complicaciones presentadas pudieron ser detectadas oportunamente, así como los factores de riesgo o dando tratamiento oportuno.

La resolución del embarazo en el grupo de adolescentes ocurrió mayormente vía vaginal, a pesar de que el peso de los productos fue mayor, comparativamente con el grupo de adultas. Estos resultados contrastan con otras investigaciones como la de (Sandoval J, 2007), donde se ha reportado un aumento de la incidencia de las cesáreas adolescentes debido a que no se ha completado el desarrollo óseo ni alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. Estos resultados podrían indicar que la evolución en la anatomía de las adolescentes se ha modificado debido al incremento de embarazos en este grupo de edad, pero se necesitan más estudios para determinarlo.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

En nuestro estudio vemos que la hipótesis alterna ha sido rechazada y se acepta la hipótesis nula. Es decir que las primigestas adolescentes, parecen tener menos riesgo de complicaciones que las primigestas adultas.

Las complicaciones más frecuentes en ambos grupos son: infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, anemia, trastornos digestivos, enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de parto pretérmino, diabetes gestacional y RCIU.

Los resultados de este estudio deben alentar al médico a tener igual cuidado durante en control prenatal y el nacimiento del producto a ambos grupos de edades, enfatizando la necesidad preponderante de realizar desde un inicio pruebas para el diagnóstico de DMG, EHE, AA y RPM.

Vale la pena mencionar que estudiamos a todas las primigestas que se presentaron en el Hospital General Tijuana en un año, nuestros resultados deberán ser corroborados ampliando el universo de estudio.

CAPITULO IX

BIBLIOGRAFIA

1. Scott J. Danforth Tratado de obstetrícia y ginecología. 8va edición. México: Mc Graw Hill, 2003: 49-50
2. Diccionario de medicina Mosby. Edición 1994. España: Oceano, 1994: 449
3. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Rev Med Postg. 2001; Vol.107: 11-23
4. Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gac med Mex,2003;vol. 139: 23-28
5. Sandoval J, Mondragon F, Ortiz M. Complicaciones maternoperinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007; 53: 28-34
6. Ruiti A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia. 1994;1(2): 70-82
7. Vázquez A, Guerra C, Herrera V, de la Cruz F, Almirall A. Embarazo y adolescencia: factores biológicos materno y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001; Vol. 27
8. Pelaez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet y Ginecol. 1997; Vol 23
9. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgo obstétrico en embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con paciente embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67(6): 481-487
10. Conde A, Belizan J, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. AJOG. 2005; 192: 342-349

11. Montero A, Matamala M, Valenzuela M: Principales características biosociales del embarazo y parto en adolescentes. Rev Sogia. 1999; 6: 10
12. Department of Health and Human Services. Preventing teenage pregnancy. [monografía en línea]. Georgia, United States; 2002
13. Bonjanini J, Gomez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes, Rev colombiana de ginecol y obstet. 2004; Vol. 55
14. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamantes F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008; Vol. 5: 42-51
15. Mejía E. Characteristics of pregnancy, labor and newborn in adolescent mothers at high altitude. Ginecol. & Obstet. 2000; Vol. 46(2) :135-40
16. Cabero L, Saldivar D. Obstetricia y medicina Materno Fetal. 1ra edición. Barcelona, Editorial medica Panamericana, 2007;354.
17. Maradiegue M, Pichilingue J, Embarazo de primigesta añosa; Ginecol and obstet; 2007, 43(2):121-4.
18. Chamy P, Cardemil F, Betancour P. Riesgo Obstetrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev Chil Obstet Ginecol 2009, 74(6): 331 - 338
19. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia. 2da. Edición. Madrid: Editorial Marban; 485.

CAPITULO X

ABSTRACT

Introduction

Adolescence is the stage of transition from childhood thru adult age. The WHO defines adolescence as the period of life in which an individual acquires reproductive ability. Adolescence is divided in 3 stages: early from 10 to 13 years old, medium from 14 to 16 years old and late from 17 to 19 years old. According to WHO the safest age for pregnancy is 20 to 24 years old.

Pregnancy in teenagers has been associated to an increase in the incidence of some adverse maternal and perinatal outcomes such as low birth weight, preterm labor, small for gestational age products, perinatal death, preeclampsia, instrumented delivery and maternal death (10). Nevertheless recent studies have demonstrated that preeclampsia incidence was similar between teenagers and adult patients.

In this investigation we believe that perinatal co-morbidities are the same in all group ages and they are not correlated properly with age, and the results in previous studies support this hypothesis.

Hypothesis

Perinatal co-morbidities are similar between primigravida teenagers and adults.

Methods

This study correspond to a questionnaire type, It is a observational, comparative, transversal no blind cohort study wich included all primigravida patients who came for birth attention in one year

The patients were divided in adult and adolescent primigravida. The following variables were considered: gestational age in weeks, apgar classification (1 minute and 5 minutes) and gestational age by Capurro method in the quantitative variable subgroup; in the categorical variables we included: threatened abortion, anemia, urinary tract infection, digestive tract disease, preterm labor, premature rupture of membranes, intrauterine growth restriction, hypertension during pregnancy, gestational diabetes, route of delivery and use of forceps.

Results

1011 patients were analyzed, of which 663 were adolescents and 348 adults, the average weight of the products of the adolescents patients was higher (teenagers= 3.187 Kg adults= 3.128 Kg) conversely adult patients had a higher prevalence of cesarean section (18.7% adolescents and adult 20.1%) and gestational diabetes (adolescent 3% = adult = 9.2%) these differences were statistically significant.

Conclusions

In our study we see that the hypothesis is not verified although the vast majority of perinatal complications are similar in adolescents and adults primigravidas. With exception of gestational diabetes which resulted more common in adult primiparous. The prevalence of perinatal complications in primiparous in our Hospital was 60.8% which is similar to that reported in the literature.

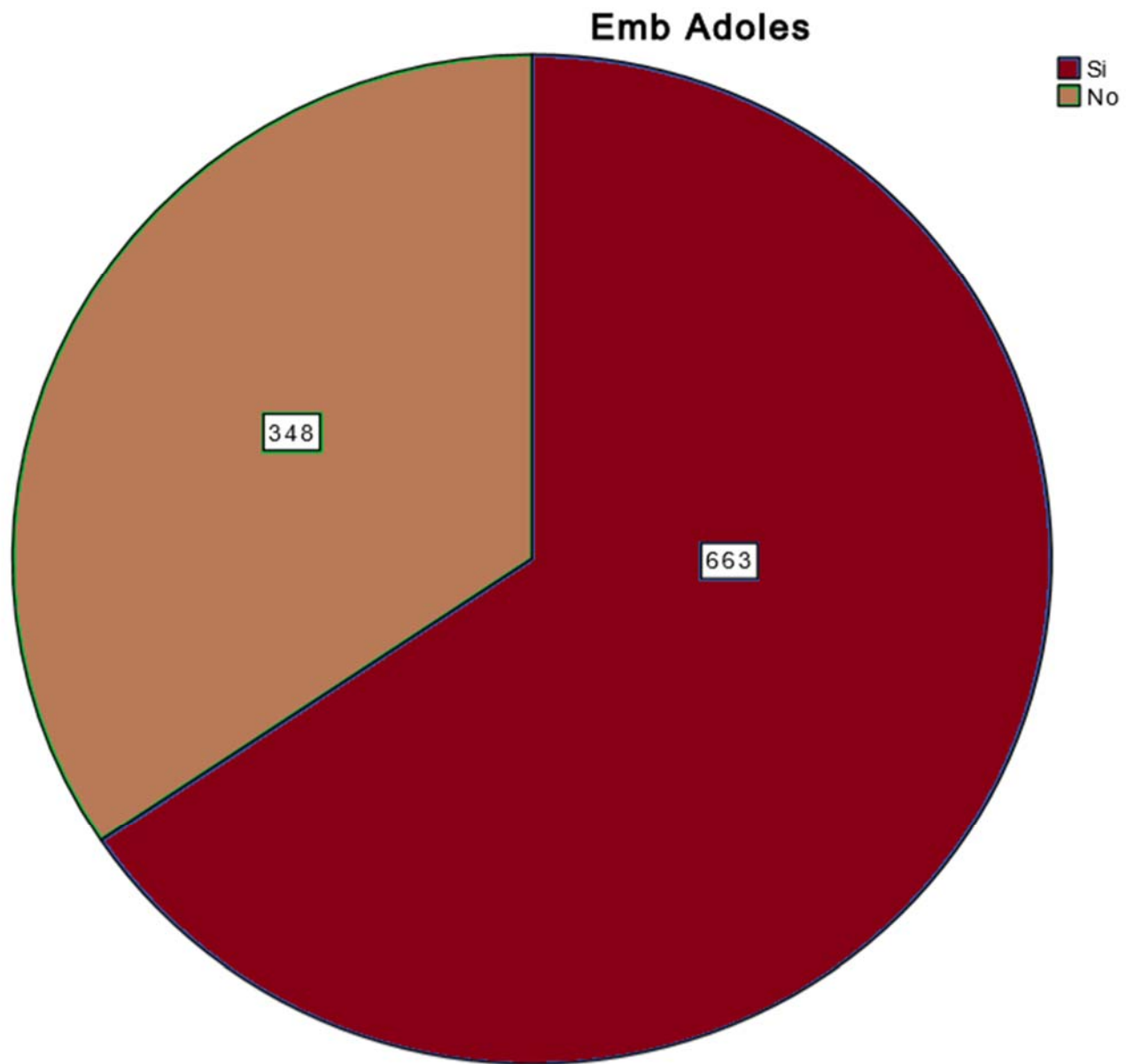
CAPITULO XI

ANEXOS

	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	46.36%	43.67%
Infección del tracto urinario	13.2-23.2%	6.96%
Restricción en el crecimiento intrauterino	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3-8.86%	2.8-4.43%
Recién nacido de bajo peso	6.32-6.9%	3.16-10-1%
Complicaciones en el parto	10.75-15.7%	5.69-5-7%

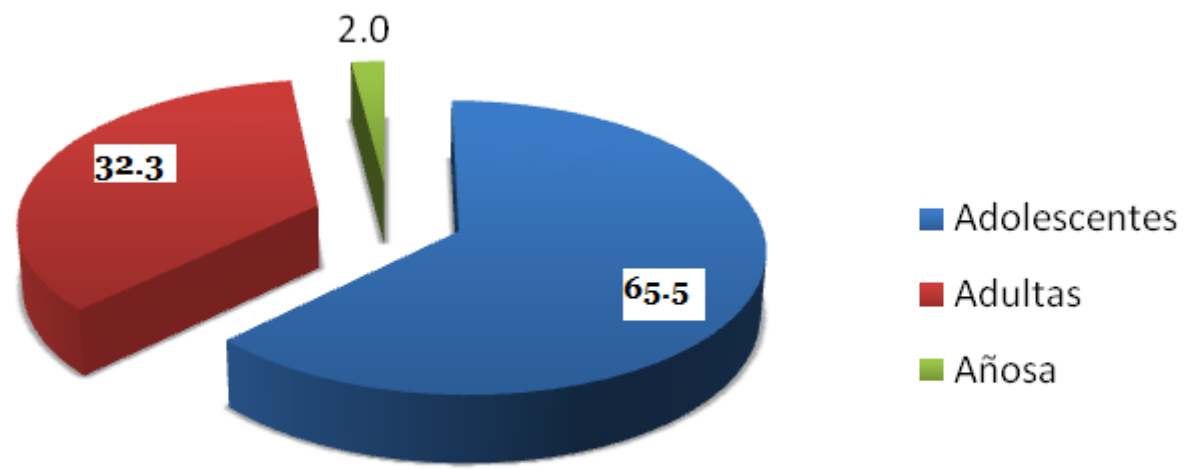
Fuente: Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamantes F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008; Vol. 5: 42-51

Tabla 1. Frecuencia de complicaciones entre embarazadas adolescentes y adultas



Gráfica-1. Distribución de la población en estudio en adolescentes y adultas

N= 1011 pacientes / Fuente: Historia Clínica



Gráfica-2. Distribución de la población en estudio en adolescentes, adultas y añosas

N= 1011 pacientes / Fuente: Expediente Clínico

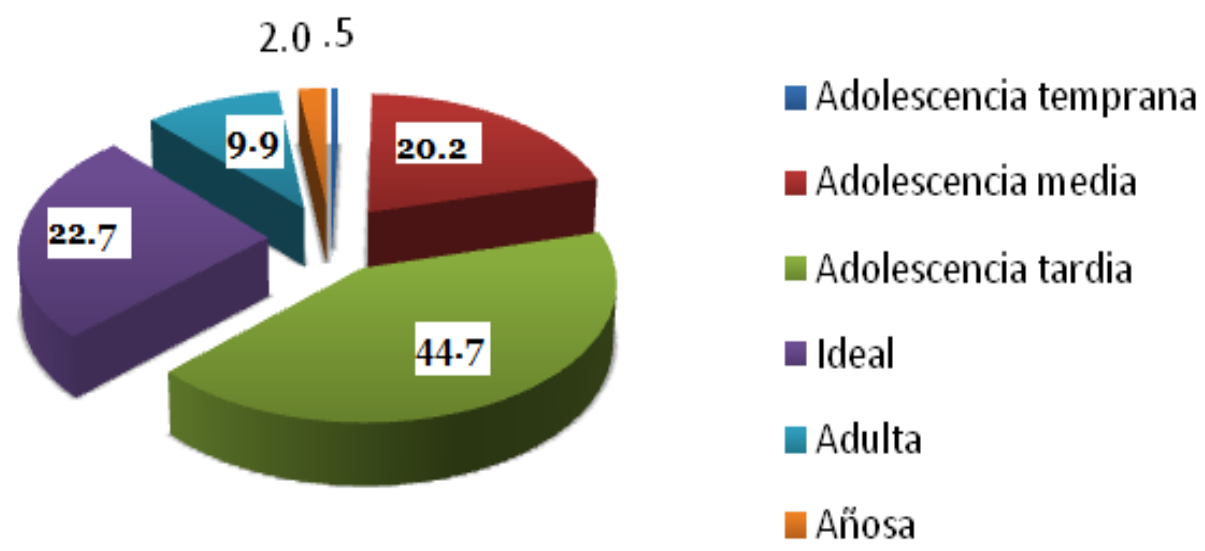
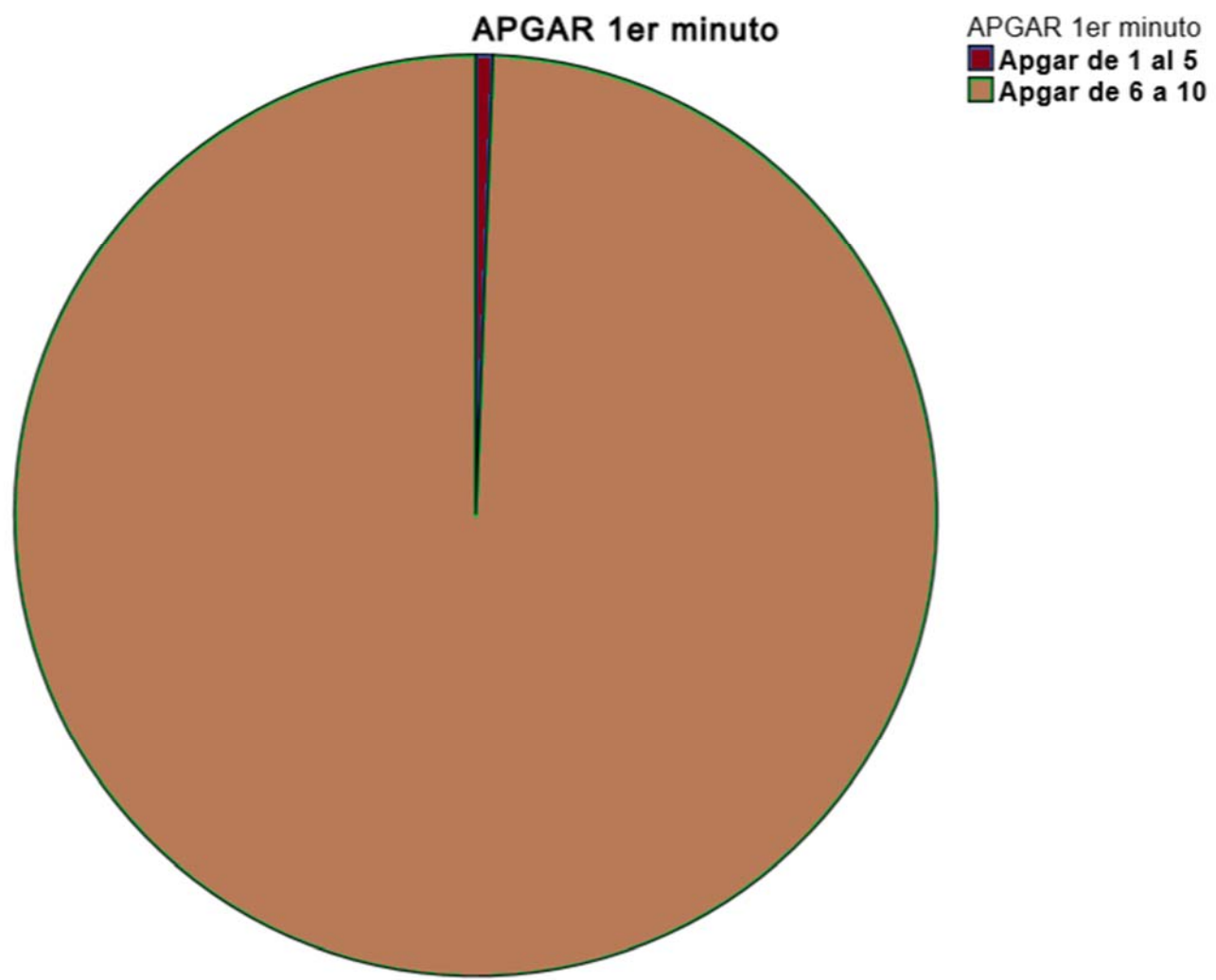
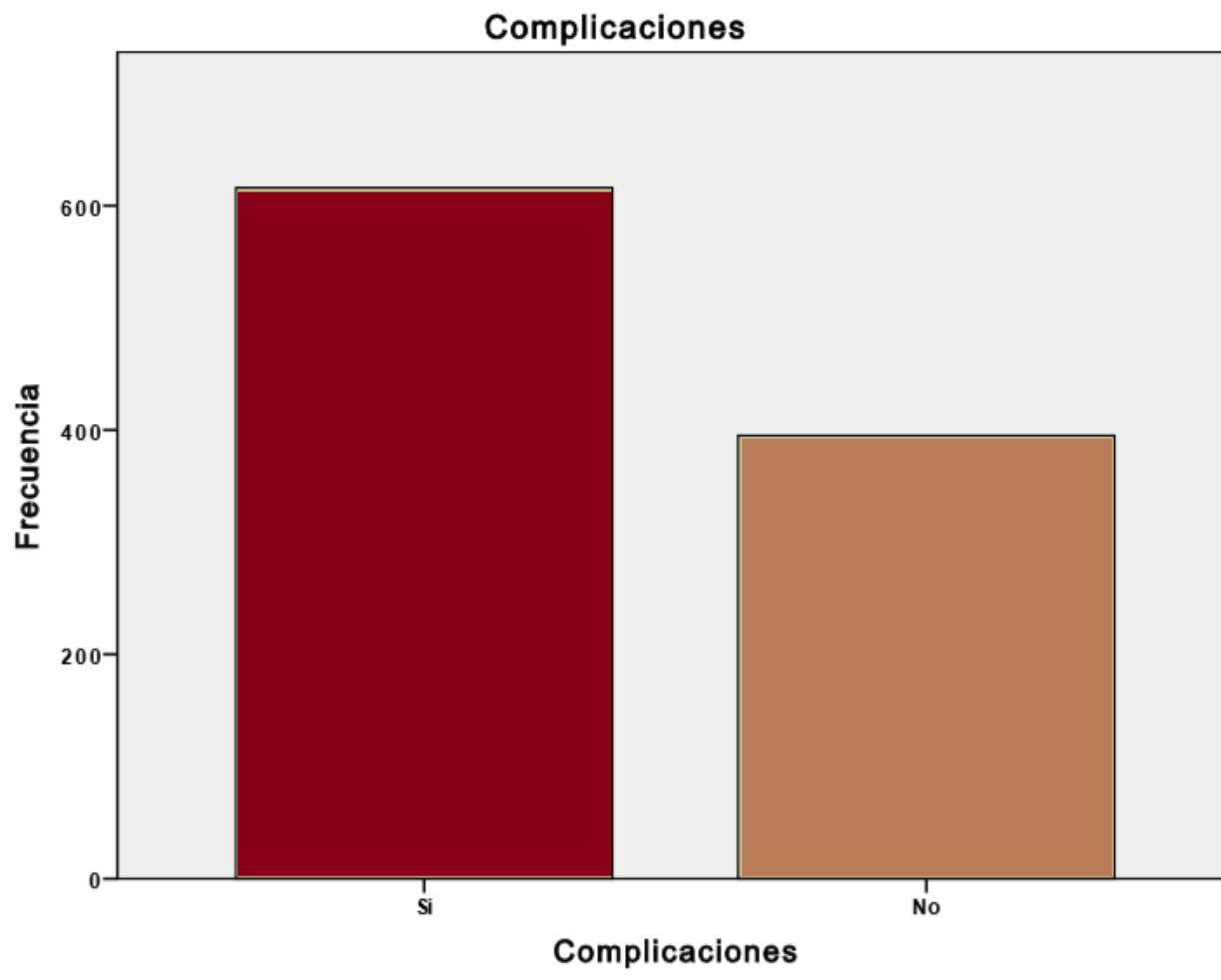


Figura 3 – Distribución de la población en estudio en adolescencia temprana, adolescencia media, adolescencia tardia, adultas y adultas añosas

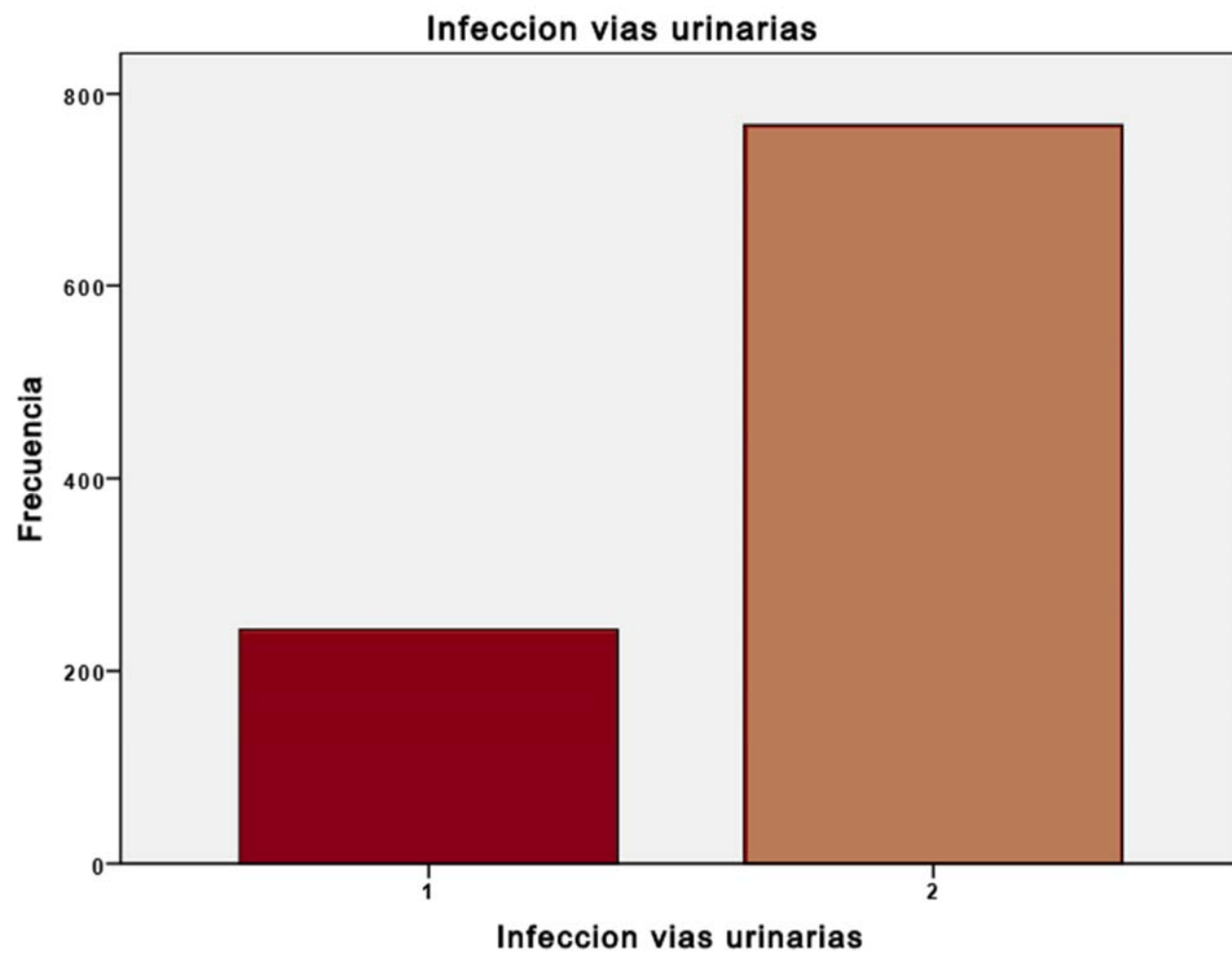
N= 1011 pacientes / Fuente: Expediente clínico



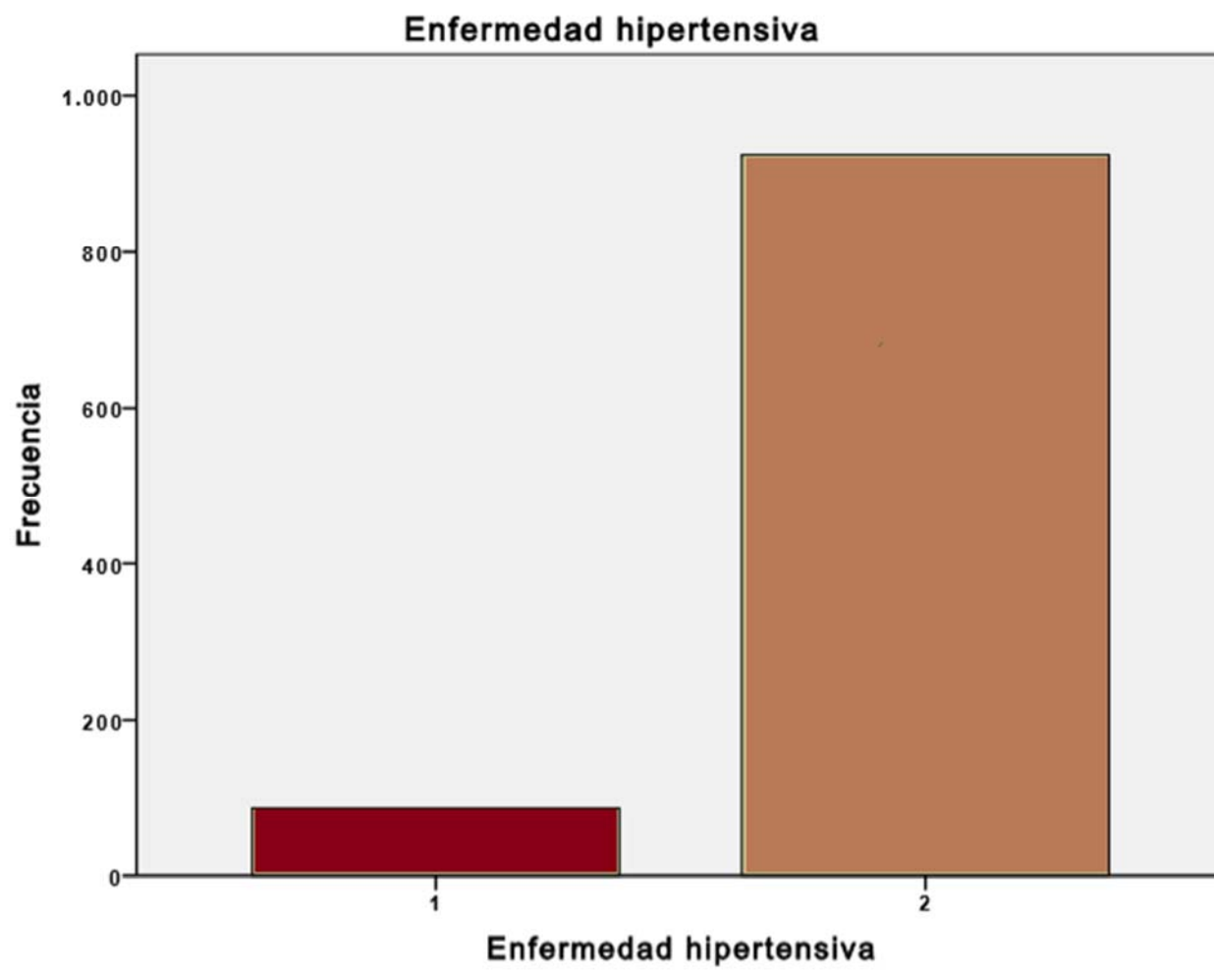
Gráfica-4. Frecuencia de apgar al 1er minuto



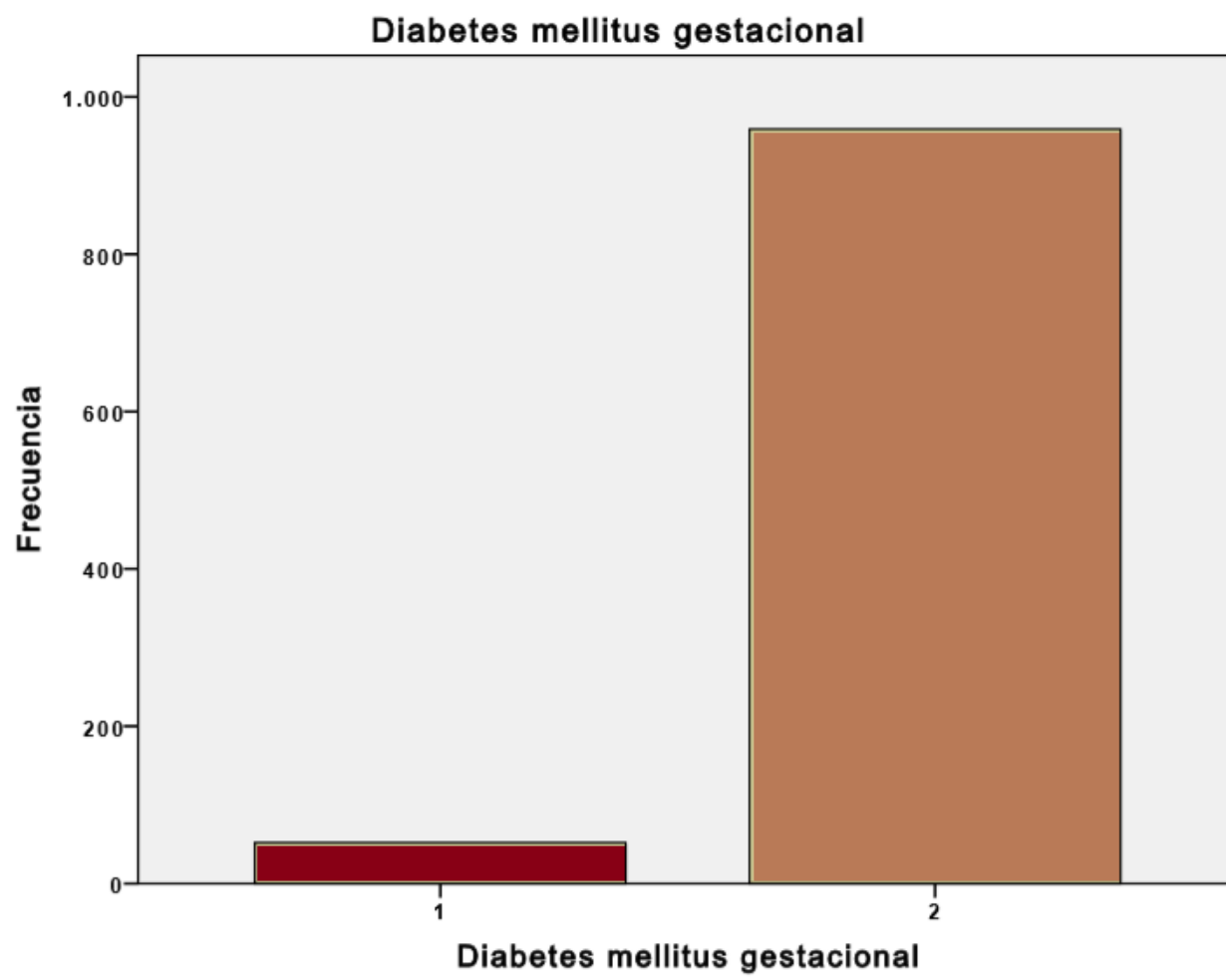
Gráfica-5. Distribución de frecuencia de casos con y sin complicación



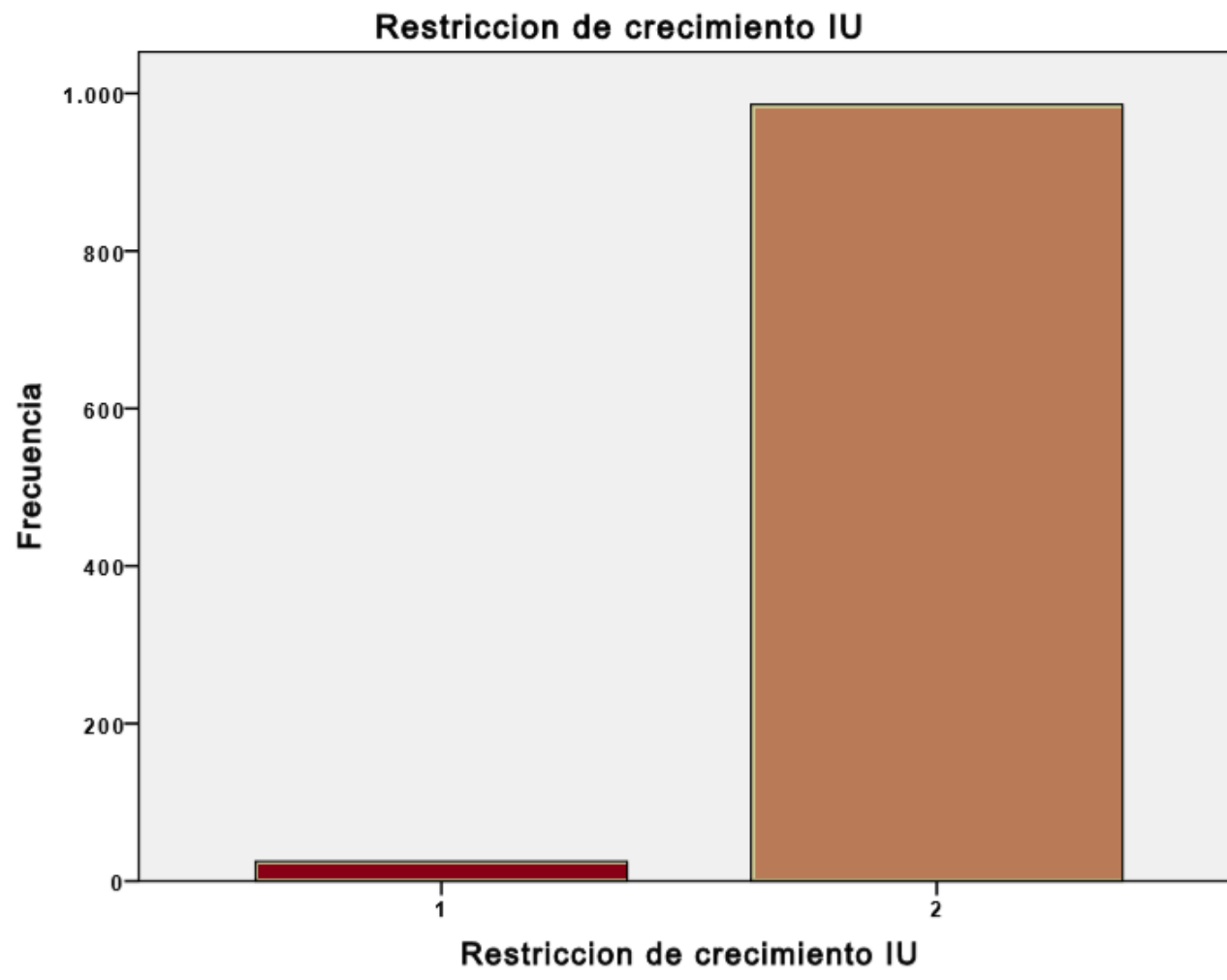
Gráfica-6. Distribución de frecuencia de casos con y sin IVU



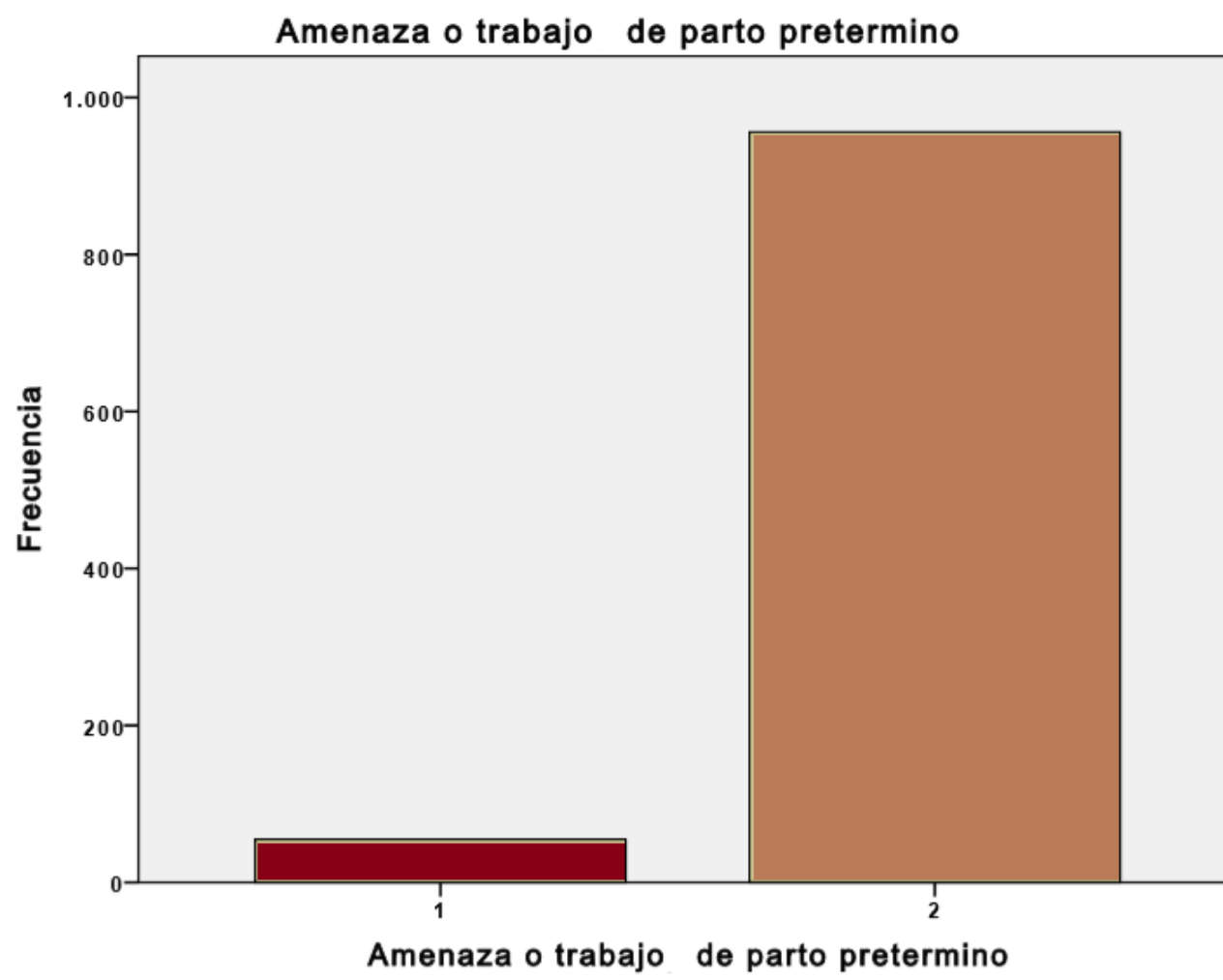
Gráfica-7. Distribución de frecuencia de casos con y sin EHE



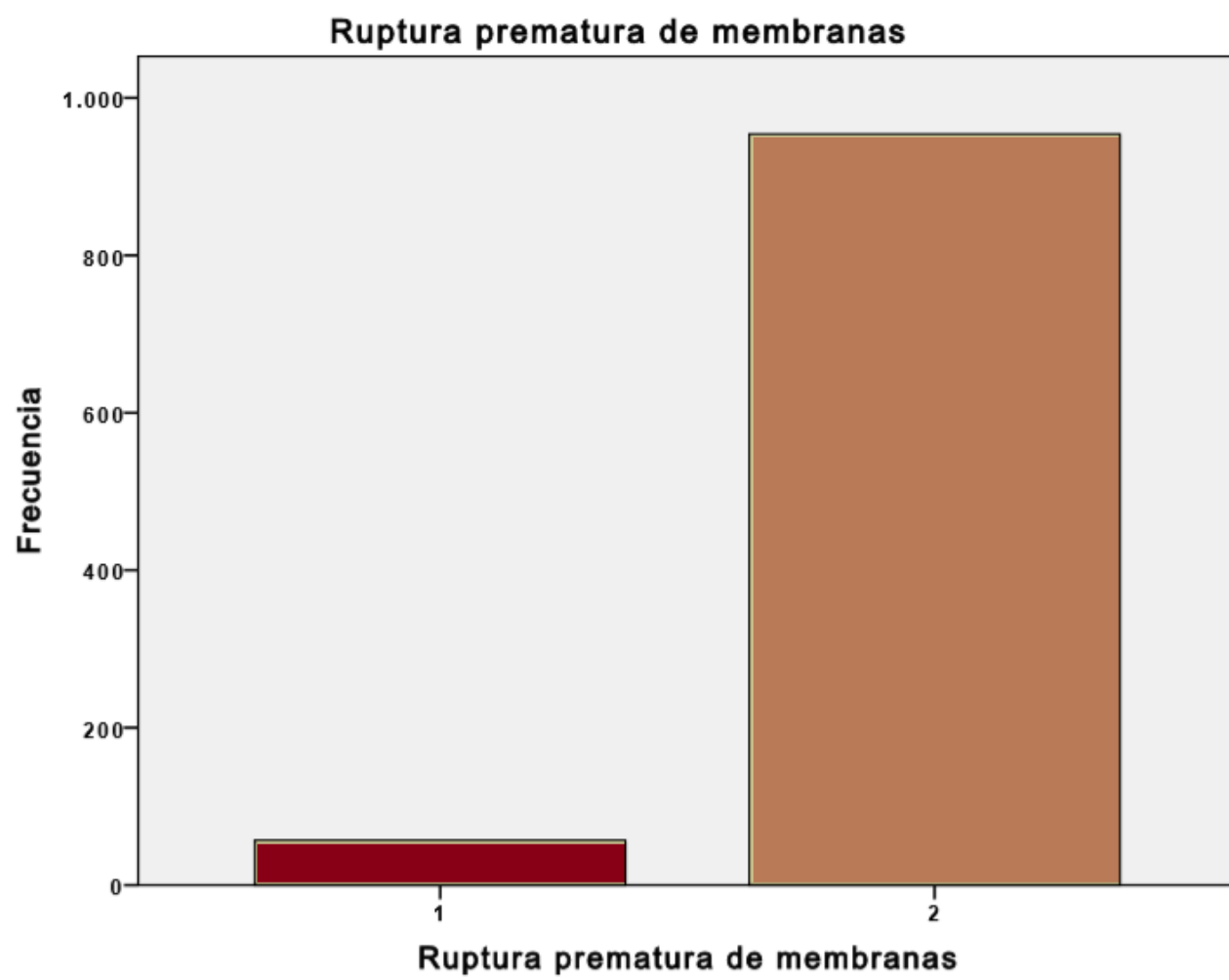
Gráfica-8. Distribución de frecuencia de casos con y sin DMG



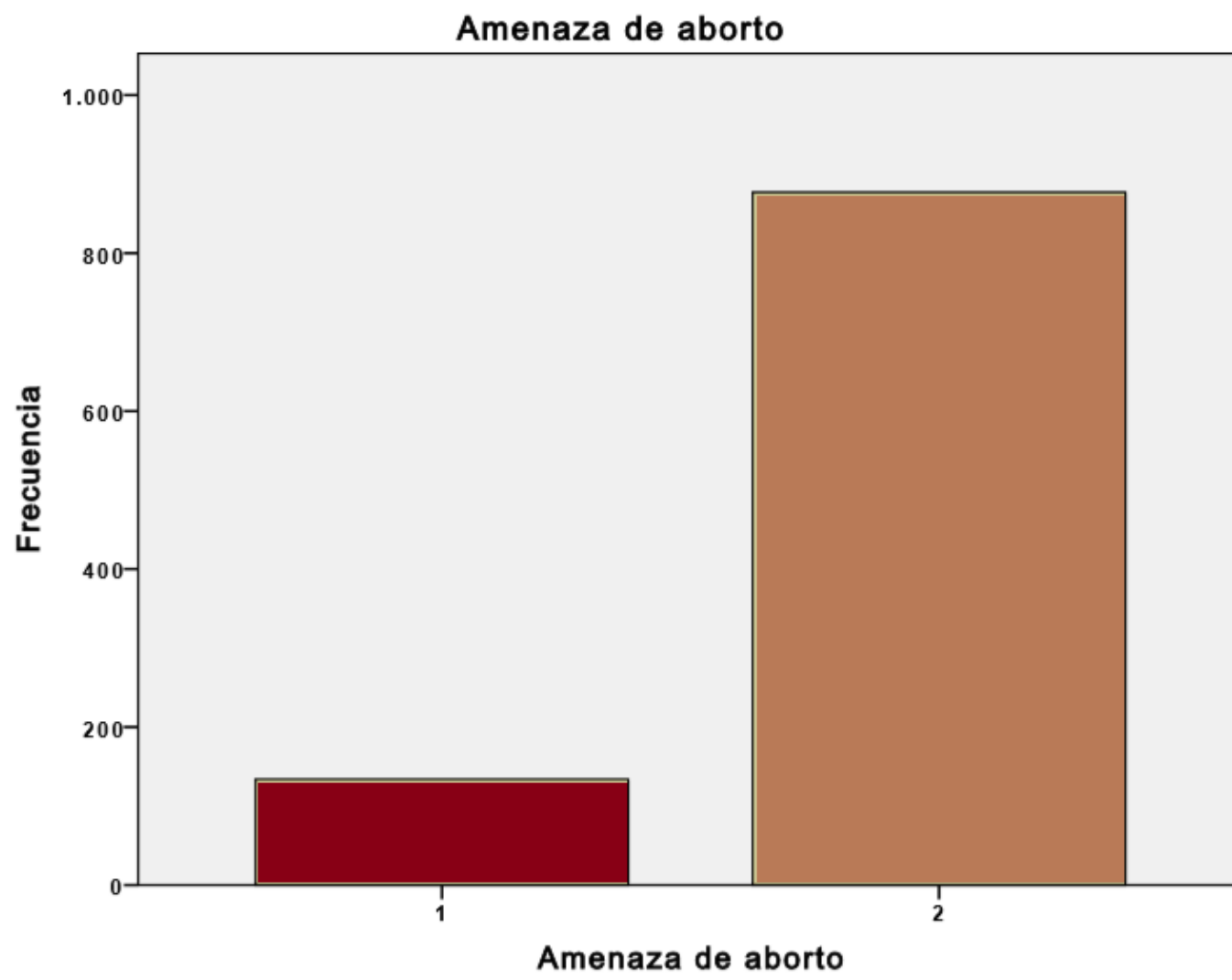
Gráfica-9. Distribución de frecuencia de casos con y sin RCIU



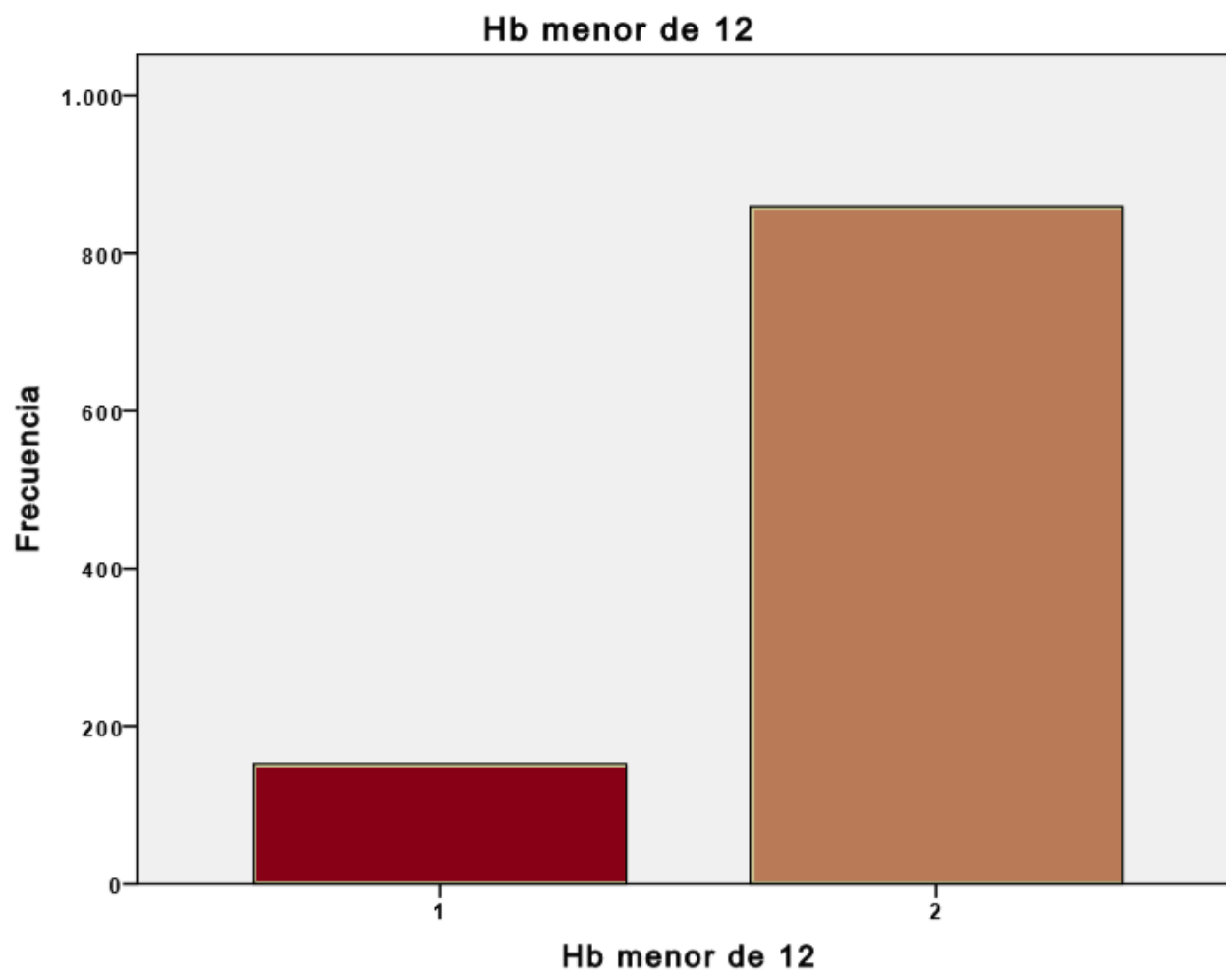
Gráfica-10. Distribución de frecuencia de casos con y sin APP o TPP



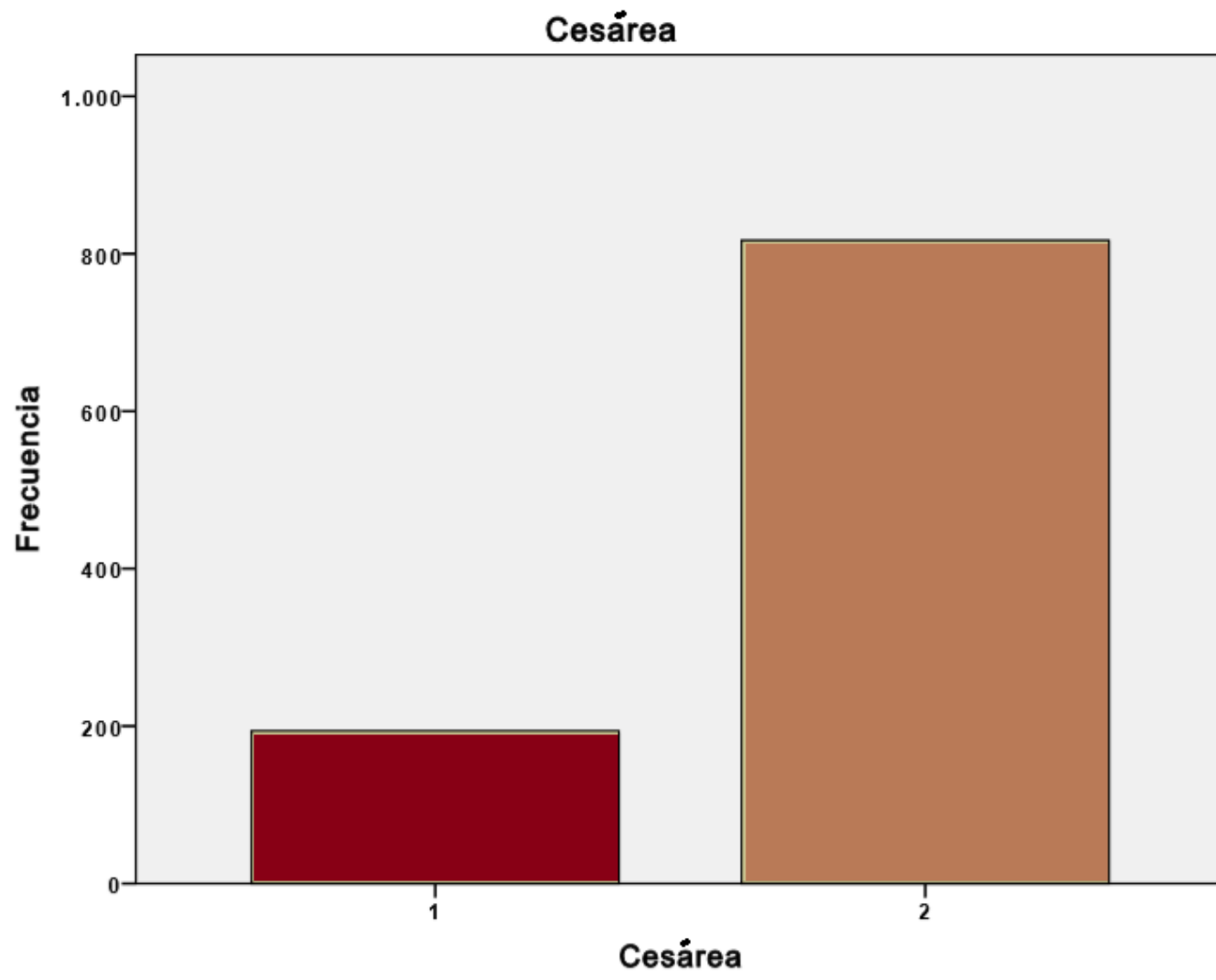
Gráfica-11. Distribución de frecuencia de casos con y sin RPM



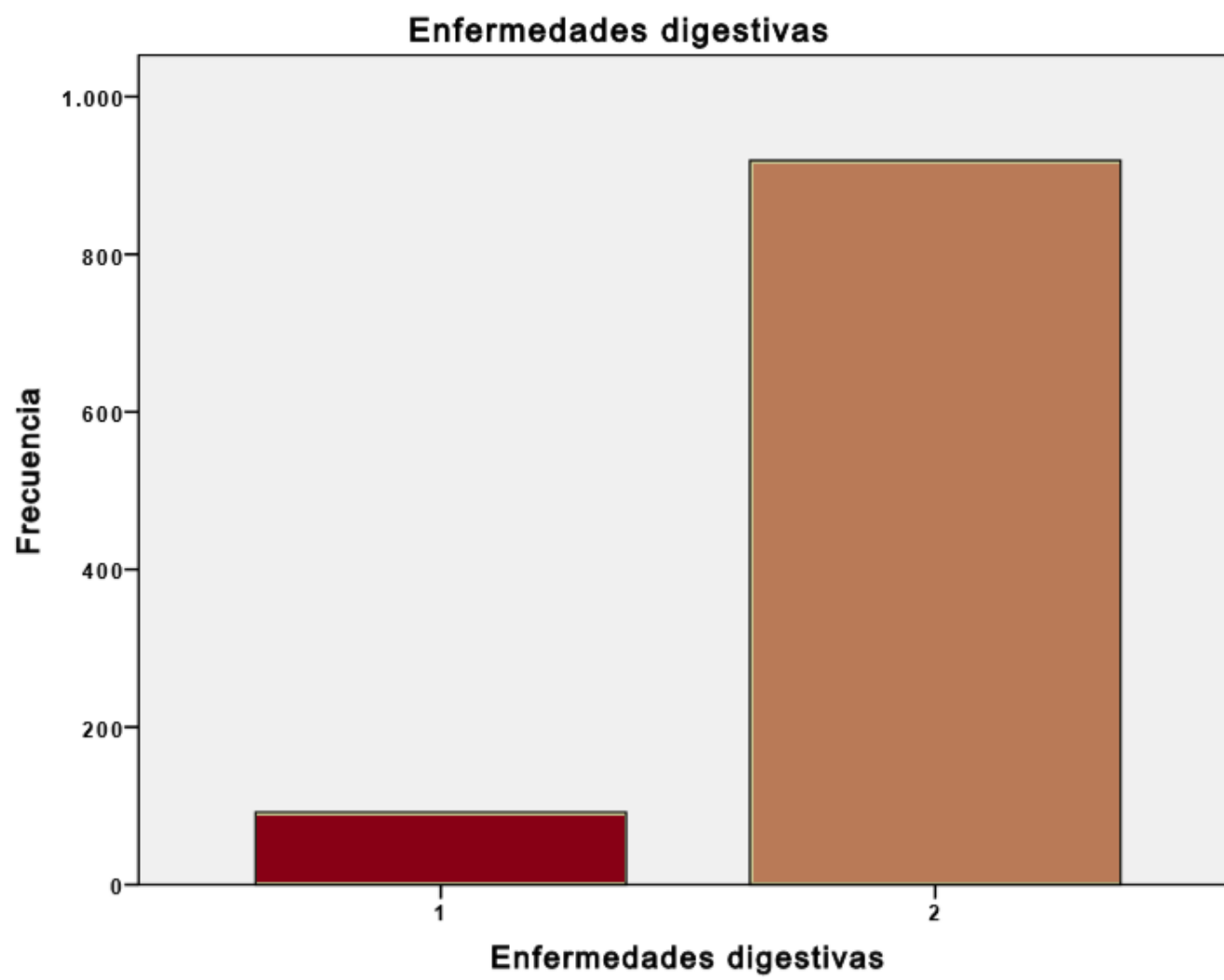
Gráfica-12. Distribución de frecuencia de casos con y sin AA



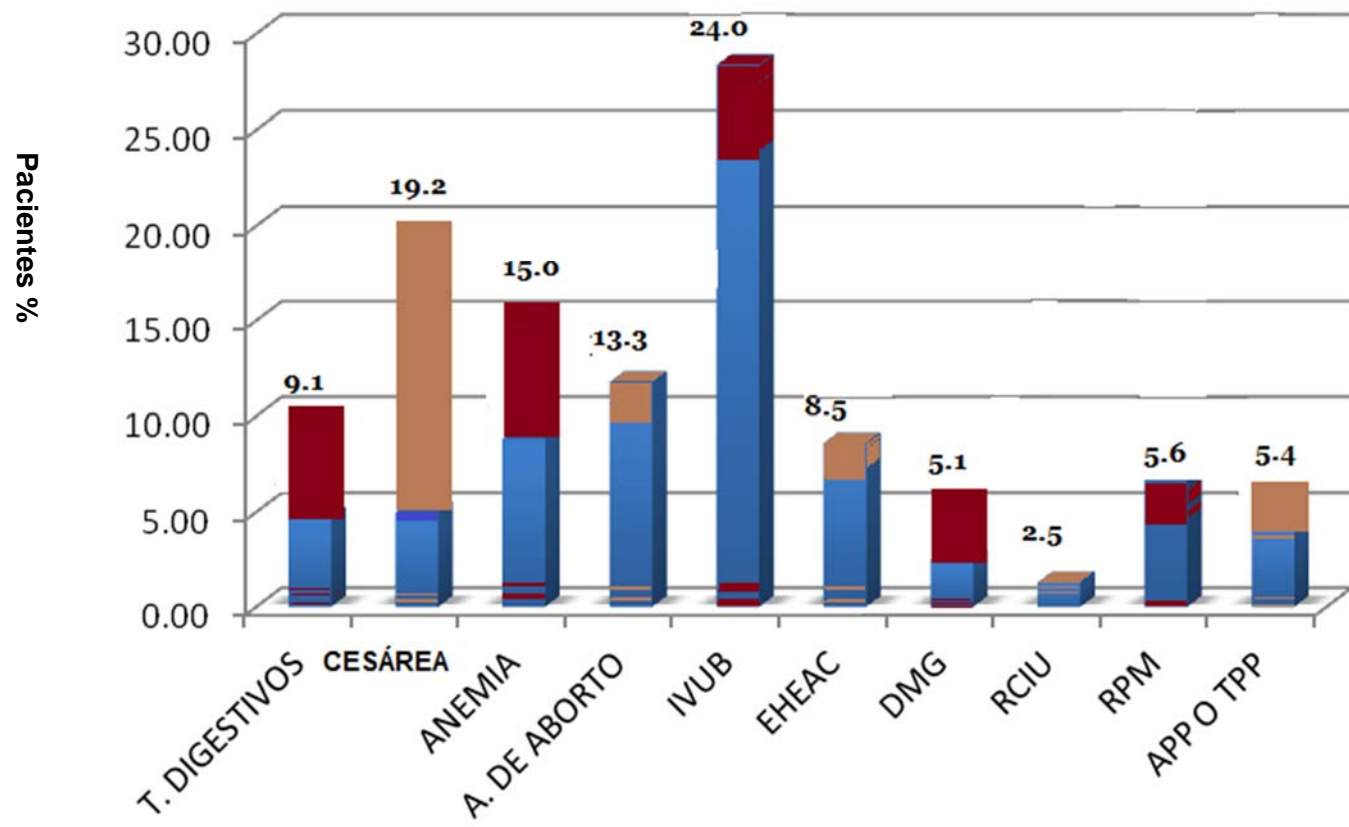
Gráfica-13. Distribución de frecuencia de casos con y sin Anemia



Gráfica-14. Distribución de frecuencia de casos con y sin cesárea



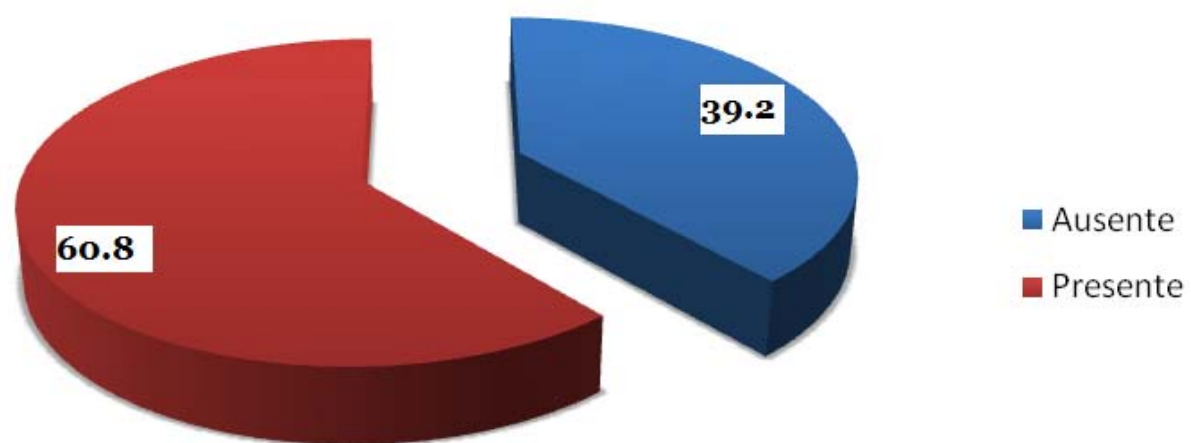
Gráfica-15. Distribución de frecuencia de casos con y sin enfermedad digestiva



Complicación

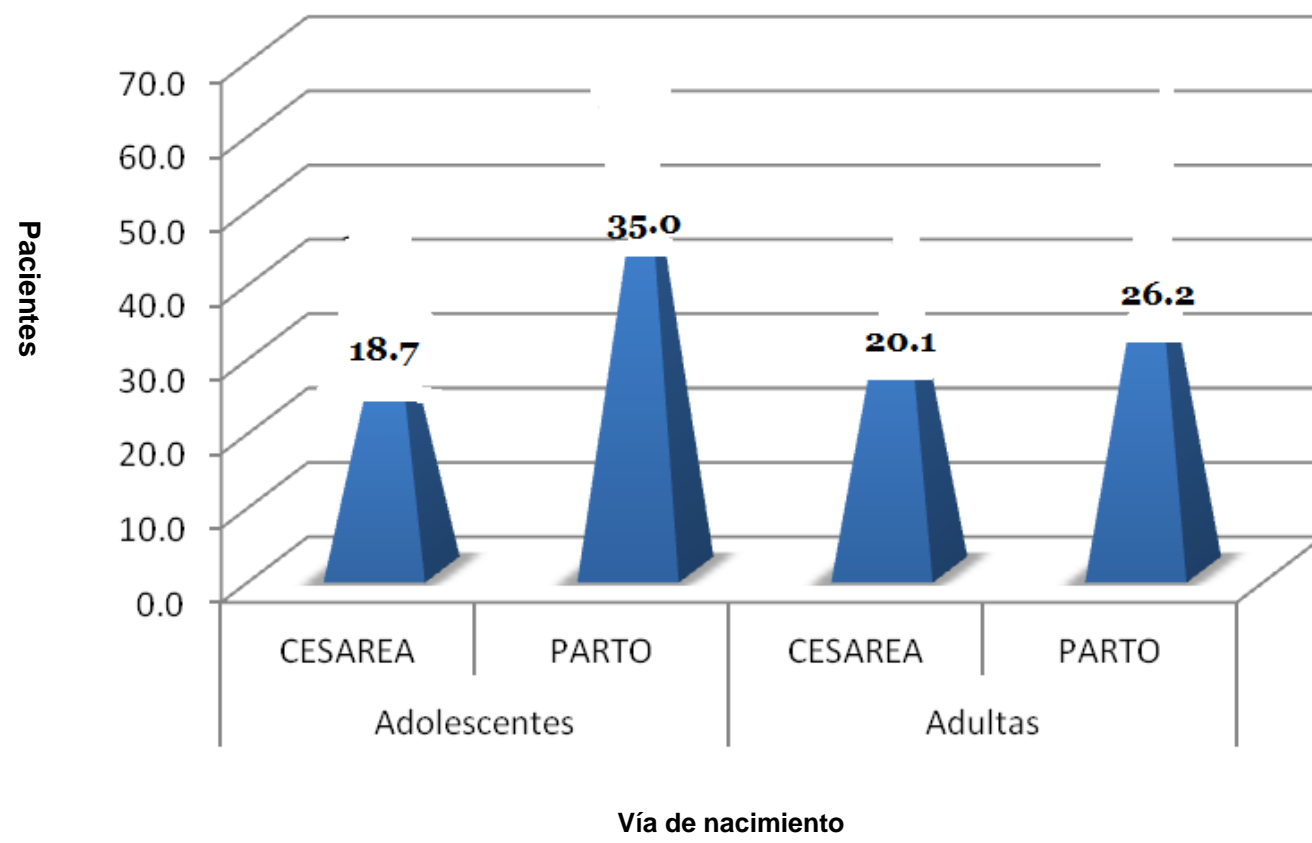
Gráfica-16. Distribución de la población en estudio según complicaciones.

N= 1011 pacientes / Fuente: Expediente clínico



Gráfica-17. Distribución de la población en estudio según prevalencia de complicaciones.

N= 1011 pacientes / Fuente: Expediente clínico



Gráfica-18. Distribución de la población en estudio según grupo de edad y vía de nacimiento.

N= 1011 pacientes / Fuente: Expediente clínico