



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

***“Parto pretérmino en mujeres adolescentes
del Hospital General de Tijuana”***

Trabajo terminal para obtener la especialidad de Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Dra. Patricia Janeth Pablo Jiménez

Asesor de Teórico: **Dr. Arturo Herrera Cervantes**

Asesor Metodológico: **Dr. Enrique Chacón Cruz**

Tijuana Baja California Febrero 2012



Gobierno del Estado
Libre y Soberano
de Baja California

ENTIDAD: Instituto de Servicios de
Salud Pública del Edo. De B.C.

SECCIÓN: Hospital General de Tijuana

SUBSECCIÓN: Jefatura de Enseñanza

NUMERO DE OFICIO:

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Tijuana, B.C., a 17 de ENERO del 2012.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito Denominado:
PARTO PRETERMINO EN MUJERES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, que
para obtener el Diploma de Especialidad **GINECOLOGIA-OBSTETRIA**, presenta: **DRA PATRICIA
JANETH PABLO JIMENEZ**

Realizada la evaluación resolvimos: **APROBARLA POR UNANIMIDAD**

SECRETARIO

Dr. Gabriel Ernesto García Noriega

PRESIDENTE

Dr. Agustín Ávila Vázquez

SINODAL

Dra. Elizabeth Medrano Ureña

SINODAL

Dra. Angélica María Flores Torres

SINODAL

Dr. José Luis Hernández Avalos



AV. CENTENARIO No. 10851 ZONA RIO
TIJUANA BAJA CALIFORNIA C.P. 22320





ENTIDAD: Instituto de Servicios de
Salud Pública del Edo. De B.C.
SECCIÓN: Hospital General de Tijuana
SUBSECCIÓN: Jefatura de Enseñanza
NUMERO DE OFICIO: 000237

Asunto: DICTAMEN DE AUTORIZACION POR
LAS COMISIONES DE INVESTIGACION
Y ETICA.

Tijuana, B.C., a 06 de MAYO del 2011.

DRA PATRICIA JANETH PABLO JIMENEZ
Medico Residente de Ginecologia-Obstetricia.
P R E S E N T E

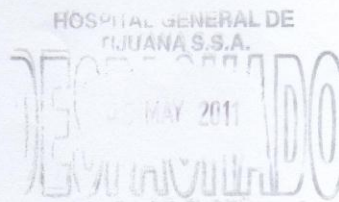
Por este medio, me permito notificarle que el protocolo de investigación titulado: **PARTO PRETERMINO EN MUJERES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA** que fue sometido a consideración por la Comité de Etica e Investigacion, de acuerdo con las recomendaciones emitidas por los integrantes y revisores, cumple con los aspectos metodológicos, atiende los aspectos éticos por observar y es factible para desarrollarse en el periodo establecido para el proyecto e implementarse en el Hospital General de Tijuana.

Por lo anterior se dictamina que el proyecto es **A U T O R I Z A D O** y registrado.

ATENTAMENTE.

DR. JOSE MANUEL ROBLES BARBOSA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACION.

c.c.p. archivo.



AV. CENTENARIO No. 10851 ZONA RIO
TIJUANA BAJA CALIFORNIA C.P. 22320



AUTORIZACIONES



Dr. José Manuel Robles Barbosa

Director del Hospital General de Tijuana



Dra. Leticia Falcón Noriega

Jefatura de Enseñanza e investigación

Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez

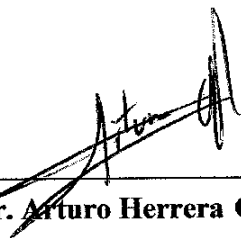
Coordinación de Postgrado e Investigación

Facultad de Medicina Mexicali



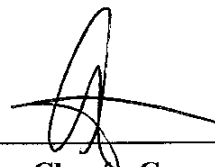
Dr. Agustín Ávila Vázquez

Profesor de Curso de Ginecología y Obstetricia



Dr. Arturo Herrera Cervantes

Asesor de Tesis



Dr. Enrique Chacón Cruz

Asesor Metodológico

AGRADECIMIENTO

Primeramente a los que se encargaron de que yo formara parte de este universo; Dios, por mostrarme el camino que debía seguir y me llenaría de satisfacciones día con día; a mis padres porque sin su enseñanza y valores no me hubiera mantenido firme por alcanzar diariamente una meta por más difícil que esta pareciera; a mis hermanos que siempre estuvieron cerca cuando necesite su apoyo.

Gracias también a mi esposo, que se integró a mi familia y a la vez me brindó una propia; porque con su apoyo, amor y comprensión permitió que me mantuviera tranquila luchando por el desarrollo profesional además de compartirme sus conocimientos; a mi hijo porque es hoy uno de los motivos más grandes para convertirme en una persona ejemplar que lo llene diariamente de orgullo.

A mis maestros; principalmente a los que me brindaron su apoyo y me regalaron su tiempo para llevar a cabo este trabajo de investigación.

Y a todas esas personas que compartieron un poco de sí mismo; para hacer llevadera mi formación compartiendo su sabiduría y regalándome todos los días momentos agradables que lograron aminorar el estrés en mis horas de cansancio.

INDICE

Resumen.....	7
Introducción:.....	9
Material y métodos:.....	14
Resultados:.....	18
Discusión:.....	23
Conclusión:.....	25
Bibliografía:.....	26

“Parto pretérmino en mujeres adolescentes del Hospital General de Tijuana”

Patricia Janeth Pablo Jiménez¹

Asesor Teórico: Arturo Herrera Cervantes**

Asesor Metodológico: Enrique Chacón Cruz***

Introducción:

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, en la que ocurren una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, alcanzándose la capacidad reproductiva y llegando hasta la madurez sexual. Este grupo de edad representa 20-25% de la población mundial ^{1,2}. La adolescencia, en el contexto social y de salud se considera una etapa donde los individuos son altamente vulnerables. En Estados Unidos, uno de cada cinco niños nace de madres adolescentes ^{1, 2, 8}.

En la actualidad, alrededor del 40% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad son sexualmente activas; dando lugar a embarazos en adolescentes. Esto se considera un problema de salud pública debido al deterioro que puede ocasionar en la madre y el producto durante el embarazo, parto y puerperio. Dicha situación ha generado gran interés en el ámbito médico debido al aumento en la incidencia de complicaciones.

Diversos estudios sugieren que las adolescentes embarazadas son más propensas que las mujeres adultas a sufrir complicaciones debido a la inmadurez de las estructuras pélvicas y del aparato reproductivo en general ^{2,4,6,7,8}, presentando repercusiones obstétricas tales como embarazos múltiples, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, abortos, desproporción feto-pélvica, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta prematura normoinsera, infección intra amniótica subclínica, desgarros vaginales y dificultades respiratorias en el recién nacido; incrementando así la morbilidad perinatal ^{1,4, 6, 7, 24, 28}.

La tasa de fecundidad de las madres adolescentes es variable según el país. En México ocupa el 14.6% de los nacimientos; se registran 430,000 embarazos al año en este grupo de mujeres (2). En el año 2010 se contaba con una población femenina de 57,481,307 donde un 18.95 % son adolescentes; y en Baja California, específicamente la ciudad de Tijuana la población adolescente es de 19.13% ²⁷.

Una cuarta parte de los embarazos en las adolescentes sin control prenatal, ha tenido un parto prematuro. Como factor de riesgo detectado, es el inicio tardío de la atención prenatal. Existen varios motivos por los que se ha encontrado que, las mujeres adolescentes embarazadas retrasan el inicio del control prenatal, estos incluyen miedo, represalias familiares, depresión y la falta de acceso a la atención médica, atribuido a un nivel socioeconómico bajo ^{6, 9,25}. Además, en la incidencia de parto pretérmino influyen factores socioeconómicos, entre los que destacan la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes sobre todo menores de 17 años, bajo nivel socioeconómico, mala nutrición, frecuentemente fumadoras y con poco apego al control prenatal ^{5,24}.

Sin embargo, otros estudios realizados en Argentina y Venezuela han probado que, la cobertura universal del control prenatal o el mayor número de consultas, no disminuye la incidencia de parto pretérmino. No está claro que componente del control es necesario mejorar, si existe alguno, para disminuir el parto prematuro ^{11,14}.

De todo lo anterior surge el ímpetu por investigar algunas condiciones individuales y socio-ambientales que caracterizan a las madres adolescentes con parto pretérmino haciendo una comparación aleatoria con mujeres adultas.

Objetivo: El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital General de Tijuana, y así, conocer la relación del parto pretérmino entre embarazadas adolescentes vs adultas, la diferencia de control prenatal en estos dos grupos de mujeres, así como, las diferencias de morbilidad materna/fetal y socio-ambientales más importantes.

¹Residente de 4to año de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tijuana

** Medico Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tijuana

***Medico Adscrito del Servicio de Pediatría del Hospital General de Tijuana

Material y métodos: Se incluyeron 1142 pacientes de las cuales 571 fueron adolescentes y mismo número de adultas capturadas durante el puerperio inmediato.

Las pacientes sometidas al estudio fueron el total de adolescentes con resolución obstétrica en el Hospital General de Tijuana en el periodo comprendido del 1ro de Septiembre al 31 de Octubre del año 2011, así como también; adultas en proporción 1:1 tomadas de forma aleatoria.

No aplico cálculo de muestra ya que es un estudio que involucro 2 meses de evaluación. Se aplicó una encuesta de 13 preguntas que se llevo a cabo en el área de puerperio del servicio de ginecología y obstetricia previa autorización y firma del consentimiento válidamente informado y aceptado por el comité de ética del hospital de estudio; misma que fue aceptada por el 100% de las candidatas a estudio. El único criterio de exclusión fue no aceptar pertenecer al estudio de investigación.

Una vez recolectada la información fue procesada en el programa de Excel.

El análisis estadístico se realizo a través del programa VassarStat®. Para comparación de proporciones se utilizó la Prueba z, y para comparación de variables cuantitativas se utilizo la t-student de grupos independientes, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: De las 1114 púérperas captadas durante el periodo de estudio donde el 13.01% cursó con parto pretérmino; 92 adolescentes presentaron dicha condición, representando estas una prevalencia de 16.11%; comparado con mujeres adultas donde solamente 53 pacientes cursaron con parto pretérmino, representando un 9.28%.

El promedio en semanas de gestación para pretérmino fue 34.8 semanas para adolescentes y 35.4 semanas para los controles.

Del total de la muestra 50% fueron adolescentes y 50% adultas; donde la media de edad para adolescentes fue de 17.4 años y 27.01 para adultas.

Dentro de las características sociodemográficas con significancia estadística se encontró que unión libre es el estado civil mas frecuente en mujer adolescente con un total 366 pacientes y 313 en adultas arrojando una $p = 0.0014$ con significancia estadística. Así como también 88 adolescentes cursaban con algún tipo de actividad laboral vs 23 adultas con un nivel de significancia mayor de 0.05; sin diferencia entre el consumo de drogas, tabaco o alcohol entre ambos grupos.

De las 517 pacientes de ambos grupos; Las mujeres que cursaron con por lo menos una visita médica fueron adolescentes con un 90.5% comparado con un 69.1% en adultas; el control adecuado de acuerdo al numero de consultas con 100% de asistencia fue más frecuente en adolescentes.

De acuerdo a la encuesta a 148 pacientes adolescentes se les hizo diagnóstico de infección de vías urinarias durante el control comparado con 52 adultas; y cursaron con vulvo vaginitis 42 adolescentes vs 28 adultas; con una diferencia estadísticamente significativa para infección de vías urinarias únicamente.

Los estados hipertensivos se encontraron con una proporción mayor en mujeres adolescentes con 58 pacientes vs 43 en adultas y únicamente 6 pacientes cursaron con eclampsia de la población adolescente y no se reporto dicho estado en adultas.

Conclusiones:

En el HGT, la prevalencia de prematuridad fue mayor en mujeres adolescentes que en adultas.

Las embarazadas adolescentes tuvieron mejor apego al control prenatal según el mínimo de consultas requerido descrito en la normal oficial mexicana lo que contrapone nuestra hipótesis.

Las adolescentes tuvieron mayor proporción de eclampsia, y con una tendencia no significativa a estados hipertensivos, sin diferencias en hemorragia obstétrica ni RPM. La infección más frecuentemente asociada fue infección de vías urinarias con mayor proporción para adolescentes que el grupo control y en el neonato, durante las primeras 24 hs, no hubo diferencias entre síndrome de aspiración de meconio y depresión neonatal en hijos de madres adolescentes vs adultas.

El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública por lo que es necesario seguir trabajando de manera exhaustiva en programas de prevención así como difundir el conocimiento sobre métodos de planificación familiar tanto en adolescentes como adultos y estos últimos a su vez difundirlo a sus hijos.

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, en la que ocurren una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, alcanzándose la capacidad reproductiva y llegando hasta la madurez sexual. Este grupo de edad representa 20-25% de la población mundial ^{1,2}. La adolescencia, en el contexto social y de salud se considera una etapa donde los individuos son altamente vulnerables. En Estados Unidos, uno de cada cinco niños nace de madres adolescentes ^{1, 2, 8}.

En la actualidad, alrededor del 40% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad son sexualmente activas; dando lugar a embarazos en adolescentes. Esto se considera un problema de salud pública debido al deterioro que puede ocasionar en la madre y el producto durante el embarazo, parto y puerperio. Dicha situación ha generado gran interés en el ámbito médico debido al aumento en la incidencia de complicaciones. Algunos autores han encontrado que el riesgo obstétrico aumentado es mayor en las pacientes embarazadas menores de 16 años ^{2, 12,23}.

Diversos estudios sugieren que las adolescentes embarazadas son más propensas que las mujeres adultas a sufrir complicaciones debido a la inmadurez de las estructuras pélvicas y del aparato reproductivo en general ^{2,4,6,7,8}, presentando repercusiones obstétricas tales como embarazos múltiples, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, abortos, desproporción feto-pélvica, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta prematura normoinsera, infección intra amniótica subclínica, desgarros vaginales y dificultades respiratorias en el recién nacido; incrementando así la morbilidad perinatal ^{1,4, 6, 7, 24, 28}.

La etiología es multifactorial y puede ser de causa materna, uterina, inherente al embarazo o iatrógena.

Dentro de las causas maternas que ocasionan dicha condición se encuentran los estados hipertensivos preeclampsia, eclampsia, anemia, las complicaciones abdominales no obstétricas como apendicitis y colecistitis, las enfermedades sistémicas, los traumatismos y la drogadicción. De etiología uterina; la incompetencia ístmico cervical, miomatosis y malformaciones congénitas uterinas. Inherentes al embarazo se encuentran embarazos dobles o múltiples, malformaciones fetales, polihidramnios, oligohidramnios, placenta previa. Recientemente se han considerado las infecciones de vías urinarias, cervico vaginal y la corioamnioitis secundaria como unos de los principales factores desencadenantes.

De todas las causas mencionadas, la preeclampsia-eclampsia, la ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino espontáneo o secundario a infección intraamniótica son responsables del 80% de los nacimientos antes de la semana 37 de gestación²⁸.

El nacimiento pretérmino es aquel que se presenta después de la semana 20 y antes de la semana 37 o menor de 259 días. Se estima que cada año, en todo el mundo, se registran 13 millones de nacimientos pretérmino, de los cuales una tercera parte resultan de parto pretérmino espontáneo. Es la mayor causa de morbilidad - mortalidad neonatal y responsable del 75 – 90 % de las muertes no relacionadas con malformaciones congénitas y del 50 % de los neonatos con secuelas neurológicas^{4, 18, 28}.

La frecuencia global de nacimientos pretérmino es de 5-11 % y en las mujeres embarazadas menores de 20 años es de 7.0 a 21.3 %. De acuerdo con estos resultados el riesgo relativo de prematuridad entre adolescentes comparadas con mujeres adultas es de 1.4 a 2.0^{1, 3, 5}.

La tasa de fecundidad de las madres adolescentes es variable según el país. En México ocupa el 14.6% de los nacimientos; se registran 430,000 embarazos al año en este grupo de mujeres (2). En el año 2010 se contaba con una población femenina de 57,481,307 donde un 18.95 % son adolescentes; y en Baja California, específicamente la ciudad de Tijuana la población adolescente es de 19.13% ²⁷.

Estados Unidos cuenta con un riesgo relativo de 1.4 a 1.9 de presentar parto pretérmino en los embarazos de mujeres menores a 17 años. Otros estudios lo describen con una proporción 3:1 entre adolescentes y adultas ^{3,6}.

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud, con su respectiva consulta médica, donde el objetivo es el de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. Así contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal ^{10,14}. La Norma Oficial Mexicana recomienda que, la mujer embarazada tenga como mínimo 5 consultas prenatales, las que de preferencia, inicien en la decimosegunda semana de embarazo¹⁴. De este modo, el control prenatal puede disminuir los resultados adversos del embarazo, mediante la reducción de factores de riesgo con educación y apoyo social^{3, 6}.

Dentro de los múltiples factores que condicionan el parto pretérmino se encuentran las infecciones, malos hábitos higiénico-dietéticos, tabaquismo, dieta, drogas y el alcohol entre otros. El control prenatal, puede permitir el reconocimiento temprano de síntomas en las infecciones del tracto genital e iniciar a tiempo el tratamiento de las mismas; ofrecer orientación para modificar estilos de vida, así como, aconsejar para suspender tóxicos.

El factor de riesgo más importante es, el antecedente de parto pretérmino anterior, que puede ser detectado durante el interrogatorio desde la primera cita ^{6,11}.

La detección de embarazos dobles o múltiples, es importante ya que, en general se presentarán parto pretérmino en el 50% y 90 % respectivamente ^{6,11}.

Algunos estudios realizados en adolescentes con control prenatal adecuado, demuestran que la frecuencia de parto pretérmino se reduce hasta un 4.6% aproximadamente ^{10,14}.

Una cuarta parte de los embarazos en las adolescentes sin control prenatal, ha tenido un parto prematuro. Como factor de riesgo detectado, es el inicio tardío de la atención prenatal. Existen varios motivos por los que se ha encontrado que, las mujeres adolescentes embarazadas retrasan el inicio del control prenatal, estos incluyen miedo, represalias familiares, depresión y la falta de acceso a la atención médica, atribuido a un nivel socioeconómico bajo ^{6, 9,25}. Además, en la incidencia de parto pretérmino influyen factores socioeconómicos, entre los que destacan la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes sobre todo menores de 17 años, bajo nivel socioeconómico, mala nutrición, frecuentemente fumadoras y con poco apego al control prenatal ^{5,24}.

Sin embargo, otros estudios realizados en Argentina y Venezuela han probado que, la cobertura universal del control prenatal o el mayor número de consultas, no disminuye la incidencia de parto pretérmino. No está claro que componente del control es necesario mejorar, si existe alguno, para disminuir el parto prematuro ^{11,14}.

De todo lo anterior surge el ímpetu por investigar algunas condiciones individuales y socio-ambientales que caracterizan a las madres adolescentes con parto pretérmino haciendo una comparación aleatoria con mujeres adultas, y así poder implementar medidas para que las

pacientes acudan al control prenatal de manera oportuna y frecuente, con la finalidad de poder detectar y modificar los factores de riesgo para parto pretérmino con vigilancias más estrechas.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio de investigación es de corte seccional, Trasversal, Comparativo y Observacional. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital General de Tijuana, y así, conocer la relación del parto pretérmino entre embarazadas adolescentes vs adultas, la diferencia de control prenatal en estos dos grupos de mujeres, así como, las diferencias de morbilidad materna/fetal y socio-ambientales más importantes.

Se incluyeron 1142 pacientes de las cuales 571 fueron adolescentes y mismo número de adultas capturadas durante el puerperio inmediato.

Las pacientes sometidas al estudio fueron el total de adolescentes con resolución obstétrica en el Hospital General de Tijuana en el periodo comprendido del 1ro de Septiembre al 31 de Octubre del año 2011, así como también; adultas en proporción 1:1 tomadas de forma aleatoria.

No aplico cálculo de muestra ya que es un estudio que involucro 2 meses de evaluación. Se aplicó una encuesta de 13 preguntas que se llevo a cabo en el área de puerperio del servicio de ginecología y obstetricia previa autorización y firma del consentimiento válidamente informado y aceptado por el comité de ética del hospital de estudio; misma que fue aceptada por el 100% de las candidatas a estudio. El único criterio de exclusión fue no aceptar pertenecer al estudio de investigación.

Tanto adolescentes como adultas fueron distribuidas de acuerdo a lo establecido por la OMS; 10-19 años para adolescentes y 20-59 años para adultas.

Las variables cuestionadas en base a la encuesta fueron las siguientes:

Edad: Es el tiempo transcurrido del individuo desde el nacimiento hasta un momento dado, se tomará la que refiera la paciente en años cumplidos.

Adolescente: es el período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta; el período comprendido entre los 10-19 años de edad.

Gesta: Número de embarazos con los que ha cursado la paciente independientemente de la vía de resolución.

Para: Número de partos que son el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Después de la semana 20 de gestación.

Abortos: Pérdida de la gestación antes de la semana 20 o con un peso menor de 500 gramos.

Cesáreas: Denota el parto del feto, placenta y membranas a través de una incisión de las paredes abdominal y uterina.

Escolaridad: Es el tiempo durante que el alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza; Se midió Primaria, secundaria, preparatoria, universidad y si esta es completa o incompleta.

Toxicomanías: Es el consumo habitual de drogas y dependencia patológica de las mismas.

Estado civil. Situación en que está una persona o cosa en relación con los cambios que influyen en su condición: Soltera, Casada, Unión Libre.

Parto pretérmino: Nacimiento que ocurre después de la semana 20 de gestación y antes de la 37 semana de gestación o menos de 259 días. Será clasificado de acuerdo a edad gestacional por Capurro (de semanas 32-36) o Ballard (productos de 20-31 semanas de gestación).

Control prenatal: El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Según la Norma Oficial Mexicana, las actividades que deben realizarse durante el control prenatal son: Elaboración de historia clínica, Identificación de signos de alarma, Medición y registro de peso y talla, Determinación de biometría hemática, Glucemia, examen general de orina, VDRL y grupo y Rh, Prescripción profiláctica de ácido fólico y hierro.

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas, 2ª. consulta: entre la 22 - 24 semanas, 3ª. consulta: entre la 27 - 29 semanas, 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

Depresión neonatal. Puntaje de Apgar 6 o menor a los 5 minutos

Síndrome de aspiración de líquido meconial: Es una enfermedad caracterizada por falla respiratoria grave en el recién nacido por aspiración de meconio en etapa perinatal.

Malformaciones congénitas: puede definirse como una alteración en un mecanismo del desarrollo o ausencia del algún mecanismo del desarrollo embrionario que va a alterar la formación de algún órgano, estructura, o segmento corporal y que está presente al momento del nacimiento.

Hemorragia Obstétrica: es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos que modifica el estado hemodinámico de la paciente.

Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo: Es el padecimiento que complica el embarazo mayor de las 20 semanas o el puerperio y que se caracteriza por hipertensión arterial.

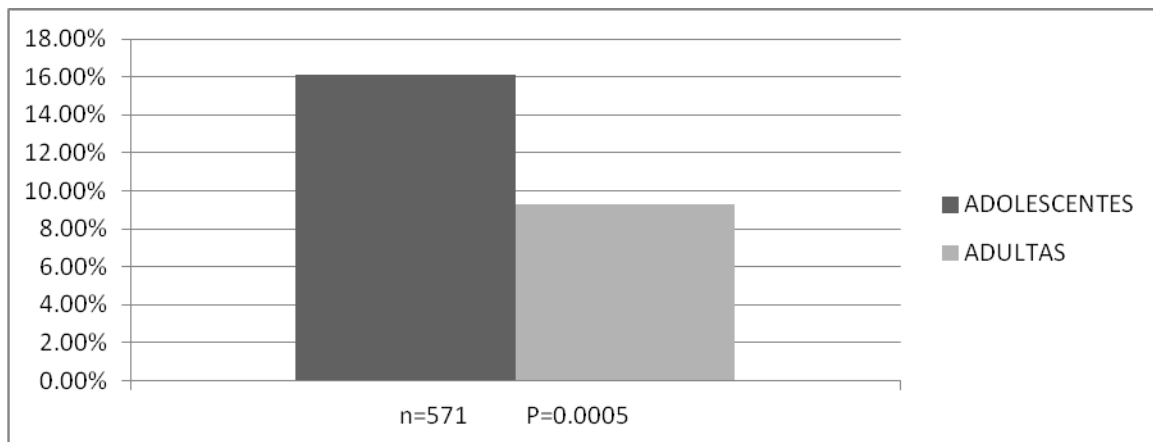
Ruptura prematura de membranas: Es la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes de que se inicie el trabajo de parto.

Una vez recolectada la información fue procesada en el programa de Excel.

El análisis estadístico se realizó a través del programa VassarStat®. Para comparación de proporciones se utilizó la Prueba z, y para comparación de variables cuantitativas se utilizó la t-student de grupos independientes, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

De las 1114 puérperas captadas durante el periodo de estudio donde el 13.01% cursó con parto pretérmino; 92 adolescentes presentaron dicha condición, representando estas una prevalencia de 16.11%; comparado con mujeres adultas donde solamente 53 pacientes cursaron con parto pretérmino, representando un 9.28% como se muestra en la grafica 1.



Grafica 1. Proporción de pacientes con parto pretérmino.

El promedio en semanas de gestación para pre término fue 34.8 para adolescentes y 35.4 para los controles como se muestra en la tabla 1.

	Pretérmino	%	Mínima	Máxima	Media
Adolescentes:	92	16.11	28	36.6	34.6
Adultas:	53	9.28	28	36.6	35.4

Tabla 1. Semanas de Gestación.

Del total de la muestra 50% fueron adolescentes y 50% adultas; donde la media de edad para adolescentes fue de 17.4 años y 27.01 para adultas como se muestra en la tabla 2.

	Media	± Ds	Mínima	Máxima
Adolescentes	17.4	1.3	13	19
Adultas	27.01	5.4	20	42

Tabla 2. Distribución por edad

Dentro de las características sociodemográficas con significancia estadística se encontró que unión libre es el estado civil mas frecuente en mujer adolescente con un total 366 pacientes y 313 en adultas arrojando una $p=0.0014$ con significancia estadística como se observa en la tabla 2. Así como también 88 adolescentes cursaban con algún tipo de actividad laboral vs 23 adultas con un nivel de significancia mayor de 0.05; sin diferencia entre el consumo de drogas, tabaco o alcohol entre ambos grupos; tabla 3 y 4.

	Adolescentes	%	Adultos	%
Unión Libre	366	64.09	313	54.81
Soltera	120	21.01	147	25.74
Casada	85	14.88	111	19.43

Tabla 3. Distribución porcentual del estado civil.

	ADOLESCENTES	ADULTAS	Valor de p
UNION LIBRE	64.1%	54.8%	0.0014
ACTIVIDAD LABORAL	15.4 %	4%	0.0002
DROGAS	3.8%	2.4%	0.17%
DROGAS DURANTE EL EMBARAZO	1.2%	1%	0.78
TABACO DURANTE EL EMBARAZO	1.6%	1%	0.14
ALCOHOLISMO DURANTE EL EMBARAZO	1.2%	0.7%	0.36

Tabla. 4 Características sociodemográficas

De las 517 pacientes de ambos grupos; Las mujeres que cursaron con por lo menos una visita médica fueron adolescentes con un 90.5% comparado con un 69.1% en adultas; el control adecuado de acuerdo al numero de consultas con 100% de asistencia fue más frecuente en adolescentes como se observa en la tabla 5 y grafica 2.

	Adolescentes	%	Adultas	%	Valor de p=
25% 1 consulta	36	6.95	56	14.17	
50% 2 consultas	54	10.44	66	16.70	
75% 3 consultas	101	19.53	134	33.92	
100% 4 consultas	326	63.05	139	35.18	0.0005
	517	395			

Tabla.5 Asistencia prenatal.

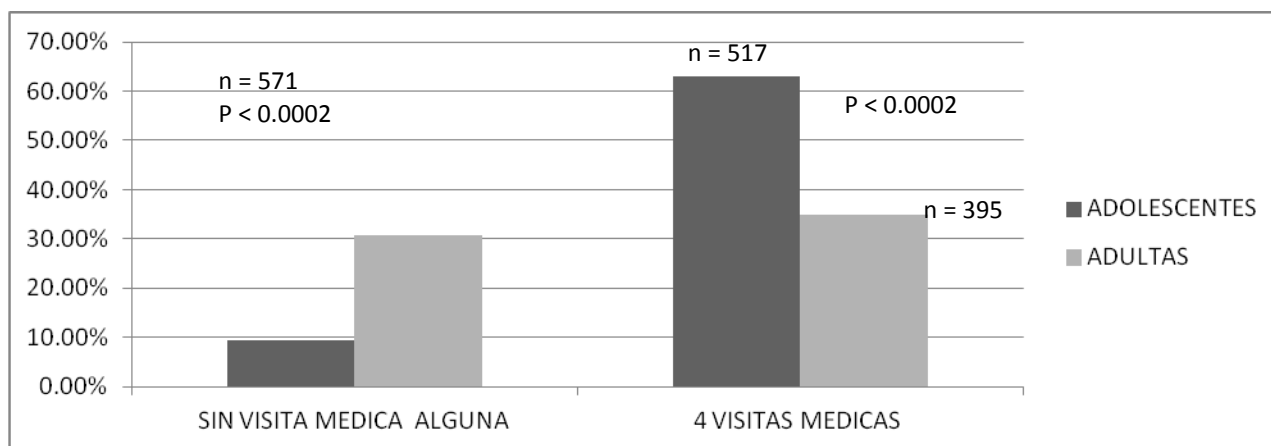


Figura 2. Grafica según asistencia prenatal.

De acuerdo a la encuesta a 148 pacientes adolescentes se les hizo diagnóstico de infección de vías urinarias (IVU) durante el control comparado con 52 adultas; y cursaron con vulvo vaginitis 42 adolescentes vs 28 adultas como se observa en la tabla 6.

Infección	Adolescentes	%	Adultas	%	Valor de p=
IVU	163	28.6	76	13.2	0.0002
Vulvovaginitis	42	7.35	28	4.9%	

Tabla 6. Morbilidad asociada.

Los estados hipertensivos se encontraron con una proporción mayor en mujeres adolescentes con 58 pacientes vs 43 en adultas y únicamente 6 pacientes cursaron con eclampsia de la población adolescente y no se reporto dicho estado en adultas. Tabla 7. No hay diferencias a cerca de la morbilidad neonatal asociada en adolescentes ni en el grupo control.

MORBILIDAD	ADOLESCENTES	ADULTAS	P =
Depresión neonatal	5.1%	3.9%	0.32
Sx. De aspiración de Líquido meconial	1.2%	1.4%	0.8
Hemorragia Obstétrica	2.3%	1.6%	0.39
Ruptura prematura de membranas	11.2%	9.3%	0.28
Estados hipertensivos	10.2%	7.4%	0.09
Eclampsia	1.05%	≤ 0.5%	0.014

Tabla 7. Morbilidad asociada.

4. DISCUSIÓN

Las adolescentes cursaron con mayor prevalencia de parto pretérmino comparado con la población adulta; donde la media de edad fue a los 17 años de edad; la proporción fue de 16.1% a diferencia de las no adolescentes 9.3% por encima de la prevalencia global para población general que va de un 7-11% y rango intermedio para menores de 20 años ya que puede elevarse hasta 21%^{1, 3,5 15}.

En la bibliografía se ha reportado que hasta un 74% de las adolescentes son solteras y que alrededor de 25% son casadas²; en esta investigación unión libre fue el estado civil más frecuente con 64.09% y únicamente el 14.8% estaba casada; en las mujeres no adolescentes el 54.81% estaba en unión y el 19.1% casadas con una diferencia estadísticamente significativa para unión libre de $p=0.0014$ comparado con el grupo control.

A diferencia de otros estudios la unión libre se asociaba con control prenatal deficiente ya que frecuentemente está relacionado con embarazos no deseados^{5,15}; sin embargo en este estudio las mujeres adolescentes aun en unión libre cursaron con mayor apego al control prenatal adecuado según número de visitas médicas comparado con el grupo control; 65% y 35% respectivamente con una $p= 0.0002$.

Según esta investigación existe una tendencia para el consumo de drogas y tabaco en adolescentes más que en adultas.

El control prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y detectar enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéutica que benefician la salud materna y perinatal¹⁵.

Dentro de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino se han descrito múltiples en la bibliografía ⁵; uno de los más frecuentemente asociados y detectados en este estudio son la infección de vías urinarias (IVU); en esta ocasión el 28.6% de las adolescentes curso con diagnostico de IVU vs 13.2% para grupo control con $p= 0.0002$. sin significancia estadística para vulvovaginitis.

Según la literatura la ruptura prematura de membranas así como los estados hipertensivos forman parte de las etiologías asociadas al 80% de los parto pretérmino; en este estudio no encontramos asociación con ruptura prematura de membranas únicamente tendencia estadística; sin embargo detectamos asociación con estados hipertensivos especialmente eclampsia con mayor proporción en adolescentes con 1.05% y menos del 0.5% para grupo control con significancia estadística ($p=0.014$).

5. CONCLUSIONES

En el HGT, la prevalencia de prematuridad fue mayor en mujeres adolescentes que en adultas.

Las embarazadas adolescentes tuvieron mejor apego al control prenatal según el mínimo de consultas requerido descrito en la normal oficial mexicana.

Las adolescentes tuvieron mayor proporción de eclampsia, y con una tendencia no significativa a estados hipertensivos, sin diferencias en hemorragia obstétrica ni RPM. La infección más frecuentemente asociada fue infección de vías urinarias con mayor proporción para adolescentes que el grupo control y en el neonato, durante las primeras 24 hs, no hubo diferencias entre síndrome de aspiración de meconio y depresión neonatal en hijos de madres adolescentes vs adultas.

El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública por lo que es necesario seguir trabajando de manera exhaustiva en programas de prevención así como difundir el conocimiento sobre métodos de planificación familiar tanto en adolescentes como adultos y estos últimos a su vez difundirlo a sus hijos.

BIBLIOGRAFIA

1. Riscarle Manrique, Airlen Rivero, Magaly Ortunio, Mariamela Rivas. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3): 144-149.
2. Andrea Tapia Garza, Leticia Valenzuela García, Isaias Rodríguez Balderrama. Madres adolescentes como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en unidades de cuidados intensivos neonatales. Experiencia en un Hospital Universitario. Medicina Universitaria 2006; 8(30) 5-10.
3. Héctor Oviedo Cruz, Josefina Lira Plascencia, Ayumi Ito Nakashimada, Juan Manuel Grosso Espinoza. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecol Obstet Mex 2007; (75): 17-23.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza); 2005. Disponible en: <http://www.who.int/world-healthday/previous/2005/es/>
5. Luis Alberto Villanueva Egan, Ada Karina Contreras Gutierrez, Mauricio Pichardo Cuevas, Jaqueline Rosales Lucio. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9): 542-548.
6. Katherine E. Debiec, MD; Kathleen J. Paul, MPH; Caroline M. Mitchell, MD, MPH; Jane E. Hitti, MD, MPH. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. American Journal of Obstetrics & Gynecology AUGUST 2010; 122-127
7. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2007. Natl Vital Stat Rep 2009; 57-67.

8. Vicente Díaz-Sánchez. El embarazo de las adolescents en Mexico. Gac Méd Méx Vol.139, Suplemento No. 1, 2003 MG; s23-28.
9. Hitti J, Nugent R, Boutain D, Gardella C, Hillier SL, Eschenbach DA. Racial disparity in risk of preterm birth associated with lower genital tract infection. Paediatr Perinat Epidemiol 2007;21:330-7.
10. Flor Maria Caceres – Manrique, MSc. El controlPrenatal: Una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia Vol. 60 No.2. 2009 (165-170).
11. Dr. Eduardo A. Valenti. Screening para parto pretérmino en control prenatal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramon Sarda 2004, (23) 16-22.
12. Boulet SE, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. Mater Child Health J 2006;10: S29-S35
13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
14. Drs. Pedro Fanaite A, Clara Rivera, Fatima Rodriguez, Rosanna Amato, Shirley Moreno, Lynmer Cangemi. Consulta prenatal: motivo de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Venez 2009; 69(3):147-151.
15. Ruth Yesica Ramos Gutierrez, Javier Alvaro Barriga Marin, Jesus Perez Molina. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. Ginecol Obstet Mex 2009; 77(7):311-316.
16. Armanado Alberto Moreno Santillan, Hamzeh Bandeh Mogghadam, Jose Meneses Calderon, Manuel Díaz de Leon Ponce, Mercedes Mujica Hernandez, Jorje Ivan

Gonzalez Diaz, Jesus Carlos Briones Garduño. Control Prenatal en el medio rural. Rev fac Med UNAM Vol. 51 No. 5 Septiembre-Octubre, 2008

17. Acharya Dev Raj, Bhattarai Rabi, Poobalan Amudha, Van Teijlingen Edwin , Chapman Glyn. Factors associated with teenage pregnancy in South Asia: a systematic review. www.Hsj.GR – HEALTH SCIENCE JOURNAL Vol. 4, Issue1 2010 (3-12).
18. Jessica Meza Martinez. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercussion en el neonate. Hospital Nacional Hipolito UNANUE: 2002 – 2006. Rev Per Obst Enf 3(2) 2007; 115-125.
19. Bernardita Baeza W., Ana Maria PooF., Olga Vázquez P., Sergio Muñoz N., Carlos Vallejos V. Identificacion de factores de riesgo y factores protectores el embarazo en adolescentes de la novena región. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2) 76-81
20. Dr. Juan Carlos Vázquez Niebla¹, Dra. Cecilia Ortiz González,² Dra. Mirta Ley Ng,² Dr. José María Pérez Penco³ y MSc. Jorge Luis Calero Ricardo⁴. Prevalencia de infecciones cervico-vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007;33(2)p:1-6.
21. Jesus Perez Molina, Jesus Gaitan Meza, Juan Carlos Lona Reyes, Guadalupe Panduro Baron, Juan Francisco Castro Hernandez. Nacimiento pretérmino y bacteriuria asintomática. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(8); 554-60.
22. Clotilde Vallejos Medic, Maria del Rosario Lopez Villegas, Miguel Angel Enrique Guerra, Benito Ramirez Valverde. Prevalencia de infección de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Enf inf microbiol 2010 30 (4); 118-122.

23. Xi-Kuan-Chen, Shi Wu Wen, Nathalie Fleming, Kitaw Demissie, George G Rhoads and Mark Walker. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology* 2007; 36:368-373.
24. Eugene Justine Kongnyuy, Philip N. Nana, Nelson Fumulu, Shey Charles Wiysonge, Luc Kouam, Anderson S. Doh. Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameron. *Matern Child Health J* 2008; 12:149-154.
25. William J Hueston, M.D., Mark E. Geesey, M.S., Vanessa Diaz, M.D., MS. Prenatal care initiation among pregnant teens in the united states: an analysis over 25 years. *Journal of adolescent health* (42) 2008; 243-248.
26. Muataz Al-Ramahi, Shawqi Saleh. Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. *Arch Gynecol Obstet* 2006; (273); 207-210.
27. http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/PF12Mas.asp?s=est&c=27874&proy=cpv10_pf12mas
28. J. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernandez del Castillo S. Rene Bailon Uriza. *Ginecologia y Obstetricia. Manual moderno* 2da edición p:342-347.