



11217
3.
2 ej

Hospital General
Doctor Manuel Gea González

INCIDENCIA DE PREMATUREZ
EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD GINECO - OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DOCTOR FERNANDO AGUILERA DIAZ

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION.

Uno de los principales desafíos que enfrentan el obstetra y el pediatra hoy en día, es el del parto prematuro. Actualmente es la causa principal de morbilidad y mortalidad perinatales. En la actualidad ha mejorado la supervivencia pero los índices de invalidez no han cambiado. En término de recursos económicos el costo de cada lactante salvado crece cada día.

El principal problema es que el pronóstico preciso antes del nacimiento y aún en el propio nacimiento es extraordinariamente difícil, en término de supervivencia e invalidez respecto a niños formados normalmente. Muchos de los prematuros fallecen y de los sobrevivientes el 66% no tienen graves minusvalías; sin embargo no hay medios de garantizar que paciente terminará por un niño normal, ni de saber cual es la forma más inocua y eficaz de parto para la madre. (1)

Si el médico suministra cuidados prenatales antes del nacimiento o al nacer, disminuirá la incidencia de parto prematuro.

Entre muchos factores que se han atribuido a la patogenia de parto prematuro es la gestante adolescente. En lo referente a aspectos generales y clínicos al nacimiento de tales productos, están la valoración precisa de la edad gestacional y del peso probable antes del parto; el pronóstico preciso antes del nacimiento y después de él, de acuerdo a supervivencia y la posibilidad de alguna incapacidad grave en el desarrollo, valoración, prevención y riesgo de complicaciones de la embarazada antes y después del parto.

La realidad económica de asistir a neonatos de peso extraordinariamente bajo, suele generar preocupaciones e influir en la toma de decisiones del personal que atiende a la embarazada y a los recién nacidos. Los determinantes del costo son: el peso neonatal, la propor-

ción entre el número de sobrevivientes y los pacientes que fallecen y el tiempo de permanencia en el Hospital, la asistencia ventilatoria, - la necesidad de cirugías y las complicaciones crónicas.

DEFINICIONES.

La adolescencia se ha definido como proceso de crecimiento, o lapso de tiempo entre la pubertad y la madurez; esta la adolescencia se caracteriza por cambios biológicos interrelados y rápidos; la masa corporal aumenta, el cuerpo se modifica en corpulencia, forma y composición; la maduración rápida de las gónadas se acompaña de cambios en los caracteres sexuales secundarios y en muchos sentidos la pubertad - puede considerarse como período de desarrollo durante el cual la econ m la se prepara para la reproducción. {2}

Parto Prematuro es cualquier expulsión del producto que ocurra entre la 20 y antes de la 37 semana de gestación y con un peso del producto al nacer mayor de 500 grs. y menor de 2500 grs. {3}

HISTORIA.

Durante las dos últimas décadas mejoraron de manera impresionante las proporciones de supervivencia en los lactantes, que pesan menos de 2500 grs. al nacer. Hace 20 años Lubchenco y colaboradores informaron mortalidad perinatal de 56% de lactantes que pesaron 1001 a 1500 grs. al nacer. (4) Mas desalentador aún fue el descubrimiento -- que el 68% de los lactantes de peso muy bajo al nacer manifestaban a los 10 años de edad; invalidez neurológica moderada o grave; estos informes estimularon la asistencia perinatal no agresiva. De todas maneras la mortalidad neonatal disminuyó de manera sostenida durante la década de 1970; pudiendo sobrevivir la mayor parte de estos lactantes si nacen después de la semana 28 de gestación; sin embargo considerando la calidad de supervivencia son graves aún los déficits neurológicos, pero la asistencia obstétrica y neonatal mejorada ha reducido de manera aguda la frecuencia de estas secuelas. Por los progresos recientes en la tecnología médica, muchos bebés que hace 10 a 15 años eran considerados como previales, ahora son clasificados como viables capaces de llevar una vida productiva. (5)

Los resultados óptimos, dependen de la asistencia obstétrica neonatal estrechamente coordinada durante el trabajo de parto y el principio de la vida neonatal. Debe brindarse asistencia con éxito a cada fase si se quiere que el lactante cuente con su potencial completo y con un riesgo mínimo de invalidez.

MARCO TEÓRICO.

Entre los factores de riesgo de prematuridad se considera la edad materna.

De los estudios realizados por los Drs. Ernesto Días del Castillo y Flores Bustamante en estudios de Salud Perinatal, observaron que la edad materna menor de 15 años tenía el más alto riesgo de prematuridad. (6)

Otros estudios realizados en 1979 por Harin Ruiz y colaboradores concluyen que el aumento de prematuridad es frecuente en mujeres menores de 16 años. (7)

Así David R. White, Marion H. Hall, Doris M. Campbell, analizaron la etiología del trabajo de pre-término, resultando que el 19% tuvieron menos de 20 años. (8)

Lieberman y colaboradores estudiaron factores de riesgo de prematuridad de agosto de 1977 a marzo de 1980 y determinaron que uno de los factores de prematuridad fue la edad menor de 20 años. (9)

Arthur, Lake. Sus estudios concluyeron en los resultados que el riesgo de prematuridad es mayor en pacientes adolescentes. (10)

En otro estudio realizado por Jaroslav. F. Hulca. and John - T. Schaaß, determinó que las madres adolescentes tuvieron productos -- con un peso significativamente menor de 2500 gr. (11)

A pesar de los conocimientos acumulados sobre la fisiología uterina, aún no están claros el factor o los factores causantes del -- trabajo de parto prematuro en la adolescente.

Por los reportes de la literatura mundial consideramos importante realizar el presente estudio para determinar la incidencia de -- prematuridad y adolescencia.

Considerando que la relación de Adolescencia y Prematurez es una de las causas etiológicas en nuestro grupo de estudio y las repercusiones tanto físicas, económicas y sociales son determinantes para realizar este estudio.

JUSTIFICACION.

El nacimiento prematuro, contribuye en una fracción importante a la morbilidad y mortalidad perinatal, siendo el factor principal en cerca de las 2/3 partes de las defunciones neonatales.

Los problemas importantes en el trabajo de parto prematuro, son las alteraciones que puede sufrir el producto son: insuficiencia respiratoria, hemorragias intracraneales, déficits neurológicos, invalidez, ceguera, sordera.

En los Estados Unidos la frecuencia de nacimientos prematuros se ha mantenido relativamente estable, cerca del 5.5% cuando se ha definido como nacimiento antes de la semana 37 de gestación; o de 7.5% Gr. La proporción de nacimientos prematuros en este país es muchísimo mayor que en la mayor parte de las otras sociedades industriales avanzadas y constituye una mortalidad situado entre el duodésimo y duodécimo cuarto lugares de los países desarrollados (Tom P. Barden. Atención del embarazo de alto riesgo). (12)

Así mismo, se ha reportado que menos del 1.5% de los nacimientos con peso menor de 1500 grs. utilizan más del 75% de los recursos de la atención a nivel de Unidad de Cuidados Intesivos Neonatales. En Denver, Hernández y colaboradores, advirtieron que la permanencia hospitalaria en dólares en 1985 en un tercer nivel era de 1000 Dlls. al día y 441 Dlls. en un hospital de segundo nivel. Todo esto incluye los efectos adversos de la prematuridad y las lesiones yatrogénicas que acompañan a las medidas para conservar la vida que necesitan estos lactantes. (13).

Consideramos importante realizar el presente trabajo por todo lo anotado anteriormente.

OBJETIVOS.

Determinar la incidencia de parto pre-término en pacientes - adolescentes atendidas en el Hospital General "DR. MANUEL GEA GONZALEZ", en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de - 1988.

De acuerdo con Cañedo L. Se define como INCIDENCIA el número de casos de la enfermedad en un periodo determinado entre la población en riesgo. (14)

Determinar las causas etiológicas de prematuridad y su frecuencia.

Establecer la presentación de prematuridad de acuerdo a la clasificación de Jussman para adolescentes.

Determinar la frecuencia y tipo de prematuridad de acuerdo a las categorías de peso neonatal.

HIPOTESIS.

En virtud de que se trata de un estudio retrospectivo y ob-servacional no requiere el planteamiento de hipótesis.

DISEÑO.

Se trata de un estudio descriptivo observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODOS.

En el presente estudio se hace una revisión retrospectiva de los expedientes de 978 paciente, sólo los menores de 20 años atendidas en el Departamento de Obstetricia, Unidad Toco Quirúrgica en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1988, hasta el 31 de diciembre - del mismo año.

TAMANO DE LA MUESTRA.

Universo de estudio. Todas las pacientes adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital General "DR. MANUEL GEA GONZALEZ" en el lapso ya establecido anteriormente.

Muestra. Todas las pacientes embarazadas adolescentes cuyos productos cursaron con prematuridad.

CRITERIO DE SELECCION.

CRITERIO DE INCLUSION.

Todas las embarazadas adolescentes menores de 20 años atendidas en la Unidad Toco Quirúrgica del Hospital General "DR. MANUEL GEA GONZALEZ", durante el año de 1988.

CRITERIO DE EXCLUSION.

No requiere.

CRITERIO DE ELIMINACION.

No requiere.

VARIABLES.

Las variables a considerar en el estudio son las siguientes:

DEPENDIENTES:

- Edad materna.
- Semanas de Gestación.
- Categoría a que pertenece la madre según la clasificación de Jussman.
- Categoría a que pertenece el producto por su peso al nacer de acuerdo a la clasificación de Yerushalmy.

INDEPENDIENTES:

- Estado nutricional.
- Tabaquismo y/o Toxicomanías.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Nivel Socio Económico.
- Enfermedades Asociadas al Embarazo.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE INFORMACION.

Para la captación de la información se diseñó una hoja de recolección de datos, en la cual se anotarán las variables sujetas a estudio que se obtengan de la libreta de registro de pacientes de la Unidad Toco Quirúrgica del Hospital General "DR. MANUEL GEA GONZALEZ", -- así como de los expedientes de las pacientes incluidas en el estudio. Dicha hoja deberá contener la siguiente información.

- Fecha.
- Número de Expediente.
- Diagnóstico de Ingreso.
- Diagnóstico de Egreso.
- Edad Materna.
- Semanas de Gestación.

- Peso del Producto.
 - Clasificación de Jussman.
 - Clasificación de Verushalmy.
- (Ver anexo 1)

PARAMETROS DE MEDICION.

Las variables serán medidas de acuerdo a la escala a que pertenecan así: La edad materna y las semanas de gestación serán medidas en edad en años cumplidos y semanas respectivamente. El peso del producto al nacimiento se medirá en gramos.

La clasificación de Jussman y la clasificación de Verushalmy se harán de la siguiente manera:

Según Jussman, las adolescentes embarazadas podrán agruparse en tres categorías a saber:

A) Embarazadas juveniles, que serían aquellas que tienen menos de 13 años.

B) Embarazadas adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 13 y 16 años.

C) Embarazadas jóvenes adultas, aquellas con edades de 16 y 20 años. (15)

Según Verushalmy, el peso neonatal es de acuerdo a las siguientes categorías: (16)

CATEGORIA

LBW (peso bajo)	2500
VLBW (peso muy bajo)	1500
ELBW (peso extremadamente bajo)	
o	
VVLBW (peso bajísimo)	1000
ILBW (peso increíblemente bajo)	750

CRONOGRAMA.

Las actividades a desarrollar en la investigación se calendariza de la siguiente manera: (ver anexo 2)

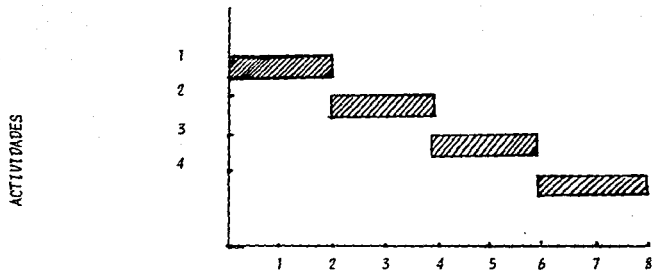
La revisión bibliográfica y elaboración de protocolo de investigación se llevará a cabo en dos semanas a partir del 15 de enero de 1990. La recolección de datos se harán las dos primeras semanas del mes de febrero de 1990. Las siguientes dos semanas se emplearán para el procesamiento y análisis de datos; finalmente las dos primeras semanas del mes de marzo se elaborará la tesis para la obtención de grado de especialista en Gineco-Obstetricia.

RECURSOS.

HUMANOS: El proyecto será realizado por el Investigador principal empleando para tal efecto dos o tres horas al día durante las ocho semanas que dure el estudio. Así mismo se cuenta con la colaboración a manera de asesoría del Investigador responsable quien dedicará al menos dos horas semanales.

MATERIALES: Los recursos materiales necesarios consisten básicamente en papelería y su costo será cubierto por el Investigador - principal. No se requiere de ningún material adicional.

FINANCIERO: No requiere.



- 1.- Revisión Bibliográfica y Elaboración de Protocolo de Investigación.
- 2.- Recolección de los datos.
- 3.- Procesamiento y análisis de los datos.
- 4.- Elaboración de la tesis y divulgación de los resultados.

VALIDACION DE LOS DATOS.

En virtud de que se trata de un estudio retrospectivo y observacional en una sola muestra, los datos serán validados utilizando únicamente medidas de estadística descriptiva.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.

Los resultados se presentarán utilizando cuadros de incidencia e histogramas de frecuencia para cada una de las variables del estudio según se requiera.

CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, el presente estudio es considerado una investigación sin riesgo ya que únicamente se requiere de la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes.

DISCUSION.

Como ya quedó asentado, existe asociación entre embarazo en la adolescencia y prematuridad. Generalmente la embarazada adolescente tiene un alto índice de prematuridad por causas idiopáticas y por falta de control prenatal.

La prevención de parto pre-término resulta ser la estrategia más eficaz para abordar el problema en toda su complejidad.

Por lo anteriormente citado es muy importante llamar la atención acerca de este problema. Consideramos que la atención prenatal de las madres adolescentes en nuestro medio hospitalario disminuirá de manera considerable la frecuencia de patologías obstétricas incluyendo la prematuridad.

RESULTADOS.

El presente estudio, analizando los 978 casos, sólo 148 presentan prematuridad que corresponde al 15,13%; cuyo rango es de los 20 a los 14 años de edad, con productos menores de 2500 grm. y con semanas de gestación mayor de 20 semanas y menor de 37.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	4	2,7
15	10	6,76
16	16	10,81
17	23	15,54
18	33	22,30
19	36	24,32
20	26	17,57
Total	148	100,00

Según la clasificación de Jussman, los resultados son los siguientes:

Clasificación.	Frecuencia	Porcentaje
A	0	0
B	12	8,11
C	136	91,89
Total	148	100,00

El peso de acuerdo a la clasificación de Yerushalmy.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
LBW	144	94,22
VLBW	0	0
EILBW	4	2,61
VVLBW	4	2,61
ILBW	1	0,65
Total	153	100,00

Semanas de Gestación	Frecuencia	Porcentaje
36	35	47,95
35	8	10,95
34	8	10,95
33	1	1,37
32	4	5,48
31	5	6,85
30	3	4,11
29	4	5,48
28	1	1,37
27	3	4,11
26	1	1,37
Total	73	100,00

En cuanto al tipo y calidad de alimentación, se observó deficiente en el 46%, regular en el 40% y bueno en el 14%.

Las toxicomanías fueron casos mínimos, encontrándose sólo 8 pacientes, con menos de 5 cigarrillos al día.

El nivel de instrucción promedio de este grupo es el siguiente:

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetas	6	4,05
Primaria	68	45,95
Secundaria	60	40,54
Preparatoria	14	9,46
Total	148	100,00

Un porcentaje elevado el 90% de las pacientes se dedicaron a labo del hogar, el resto que corresponde al 10%, se dedican a actividades varias. (estudiantes, secretarías, empleadas, etc.)

CAUSAS ETIOLÓGICAS DE PREMATUREZ Y SU FRECUENCIA.

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Parto Pre término idio pático o inexplicable.	95	64,19
Pre eclámpicas	19	12,84
Eclámpicas	4	2,70
Embarazo gemelar	5	3,38
Hemorragia del 2o. Tri mestre.	2	1,35
Ruptura Prematura de Membranas.	23	15,54
Total	148	100,00

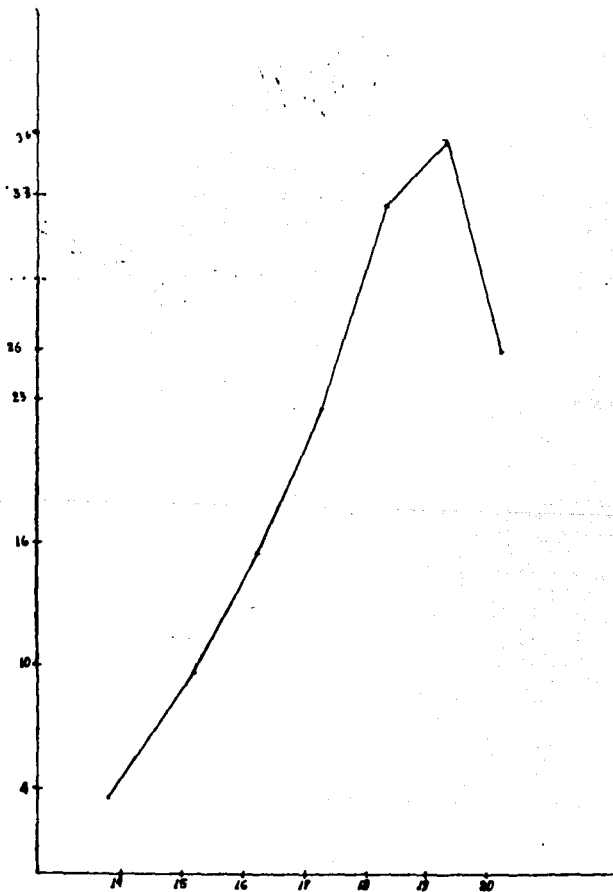
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En cuanto al nivel socioeconómico el 40% pertenece a la clase ba
ja, el 50% a la clase media y 10% a la media alta.

Las enfermedades asociadas al embarazo son:

Padecimientos	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes gestacional	7	21,87
Infección vías urinarias	19	59,38
Cardiopatía reumática <u>in</u> <u>activa</u> .	2	6,25
Epilepsia.	4	12,50
Total	32	100,00

Relación entre la edad y la frecuencia de Prematuridad
En el Hospital Doctor Crea González en 1988



DISCUSION.

En nuestra muestra se encontró prematuridad en 15,13% que comparados al estudio de David R. White, Marion H. Hall, Doris M. Campbell cuyo resultado es de 19% del trabajo de pre término de mujeres de 20 años, es menor.

Ellies Lieberman, en su estudio demostraron que un 11,2% fue ron productos de pre término en madres menores de 20 años, lo que coincide con nuestro estudio.

Arthur, Lake y Jaroslav F. Hulca determinaron que las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de pre maturez.

Como lo demostramos en nuestro estudio existe relación entre embarazo en la adolescencia y la pre maturez cuyo alto índice es por causas idiopáticas, estado nutricional, escolaridad, nivel socio económico, enfermedades asociadas al embarazo y en un índice muy bajo toxicomanía.

Consideramos que a parte de la adolescencia como causa de la prematuridad la presencia de uno o más factores anotados anteriormente aumentan el índice de partos prematuros.

Se puede considerar que la prevención del parto pre-término resulta ser la estrategia más eficaz para abordar el problema en toda su complejidad y tamaño; con una atención pre natal óptima se podría disminuir las incidencias de este problema social. En nuestro Hospital Dr. Manuel Gea González, se lleva el respectivo control pre natal, consecuentemente al porcentaje es menor o igual comparando la literatura mundial. Pero podría obtenerse mejores resultados con programas de vigilancia más estrechas y utilizando técnicas de difusión popular.

CONCLUSIONES.

El porcentaje de prematuridad en el presente estudio correspondió al 15,13%.

En lo que refiere a las causas etiológicas de prematuridad el parto pre término idiopático o inexplicable fue el mayor de porcentaje en 64,19%. La ruptura prematura de membranas con un 15,54% fue otro factor importante de prematuridad.

La pre eclámpsia y eclámpsia tuvo una incidencia en total de 15 %.

Según la clasificación de Jussman el mayor porcentaje correspondió a las embarazadas jóvenes adultas entre las edades de 16 a 20 clasificadas en la letra C en un 91,69%.

Y de acuerdo a la clasificación de Verushalmy, la categoría más frecuente de acuerdo al peso correspondiente a LBW con un 94,12 %.

BIBLIOGRAFIA.

Mc. Cormik. *Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales, Editorial Interamericana, Vol. 2, 1988, p.318.*

Dr. Mayoral J. y Cols. *Obstetricia en la Adolescente.*

Kamietzky I. *Obstetricia y Perinatología. Editorial Médica Panamericana, Vol. 2, Buenos Aires 1985, P.1461.*

Lubchenco y Cols. *Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Editorial Manual de Moderno. Segunda Edición, México, 1987, p.409.*

Paul y Cols. *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales Editoriales Interamericana, Vol. 2, 1988, p.324.*

Días del Castillo E. y Cols. *Revista Médica, Editores Asociados, Vol. 22, p.391.*

Ruiz y Cols. *Ginecología y Obstetricia, México 1983, Vol 51. p. 143.*

White y Cols. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1986. Vol. 93, p.733*

Lieberman y Cols. *Obstetrics and Gynecology, 1980, Vol. 317 p.713*

Arthur B. *Am J. Obstet. Gynecol 1984, Vol. 149, p. 845.*

Jaroslav F. Hulka, *Obstetrics in Adolescents, 1964, Vol.23 p.678.*

Barden T. *Atención del Embarazo de Alto Riesgo, Editorial Manuel Moderno, México 1987, p.401.*

Hernández y Cols. *Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales, Editorial Interamericana, Vol 2, 1988, p.326.*

Cañedo L. *Investigación Clínica, Editorial Interamericana Primera edición, México 1987 p.91.*

Dr. Mayoral J. Cols. *Obstetricia en la adolescente.*

Verushalmy, *Epidemiología del parto antes de término.*