

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Ginecología y Obstetricia

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

TÍTULO:

Síndromes placentarios en pacientes adolescentes en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital General de México.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Corina Sánchez Jaimes

Asesores:

Dr. Ricardo Juan Cavazos García **Asesor Metodológico**

Dr. Jesús Carlos Briones Garduño **Jefe de servicio de ginecología y
obstetricia del Hospital General de
México**

Ciudad de México, enero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO	
LISTA DE TABLAS	IV
LISTA DE FIGURAS	IV
AGRADECIMIENTOS	1
ABREVIATURAS	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	4
OBJETIVOS	8
<i>Objetivo General</i>	8
<i>Objetivos Específicos</i>	8
JUSTIFICACIÓN:	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
TIPO DE ESTUDIO	9
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	9
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	9
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	10
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	10
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	10
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	13
CONCLUSIONES	15
REFERENCIAS	16

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Poner título a todas las tablas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Poner título a todas las figuras.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por estar en cada paso en este camino recorrido, por decirme las palabras correctas en los momentos necesarios y por no dejar de creer en mí. Al Dr. Ricardo Juan García Cavazos por ser un gran médico, por el apoyo y paciencia en todo el proceso y a mi familia de la guardia y amigos de la especialidad que sin ellos estos cuatro años no hubieran sido los mismos.

ABREVIATURAS

HGM Hospital General de México

RCIU Restricción del crecimiento intrauterino

EP Enfermedades hipertensivas

OMS Organización mundial de la salud

HTG Hipertensión gestacional

RN Recién nacido

RESUMEN

Objetivo identificar los síndromes placentarios en relación a la población adolescente de 10 a 19 años del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México de enero del 2017 al enero de 2018. **Material y método.** Se trata de un estudio transversal descriptivo observacional retrospectivo. Mediante la revisión de expedientes físicos. **Resultados.** En el periodo comprendido solo se incluyeron 164 pacientes en este estudio, siendo el 84.1% del total de pacientes con síndromes placentarios en adolescentes. La población estudiada tuvo una edad promedio de 17.4 años, la frecuencia de síndromes placentarios en primer lugar fue parto prematuro, siguiendo en segundo lugar enfermedades hipertensivas. **Conclusiones.**

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

La adolescencia, según la OMS, se define como el periodo de los 10 y 19 años. En nuestro país viven 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años de edad. ¹

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen en esta etapa afectan a todos los aspectos de la vida. Esos cambios hacen que sea un periodo único en el ciclo de vida y un momento importante para sentar las bases de un buen desarrollo y una buena salud en la edad adulta.³

El comportamiento de la fecundidad, entre 2009 y 2014, se presenta un incremento en el segmento de 15 a 19 años, de casi seis hijos por mil adolescentes de dicha edad. ^{Ibidem}

Cada año aproximadamente dan a luz 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años, que equivalen al 11% de los nacimientos en el mundo. ²

El análisis según la edad de la mujer revela que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años son madres. Considerando la edad y el número de hijos, se observa que para el grupo de adolescentes madres de 12 a 19 años, 13 de cada 100 tienen ya dos hijos. Para 2014, a nivel nacional, 19 de cada 100 nacimientos se registran entre mujeres jóvenes (de 10 a 19 años de edad). ³

Utilizando la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica para los años 2006, 2009 y 2014, contando con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Se encontró que para el periodo de 2006 a 2014, más del 20% de los embarazos adolescentes fueron segundos y terceros embarazos. En

particular, para el año 2014, de 77.0 nacimientos por cada mil mujeres en edad adolescente, 16.9 nacimientos fueron subsecuentes, representando el 21.9% de los nacimientos. ⁷

El porcentaje de embarazo adolescente entre las mexicanas sigue siendo el más alto de la OCDE. ⁴

Para 2016 había en México un 33.9% (13.3 millones) de las cuales son adolescentes que tienen entre 12 y 17 años. ⁵

El embarazo en adolescentes afecta su salud, educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, y su economía entre otros aspectos. ³ Además los hijos de madres adolescentes corren el riesgo de nacer prematuramente, ruptura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva del embarazo, calificación de Apgar bajo, con bajo peso al nacer y de padecer malnutrición, discapacidad grave a largo plazo y muerte durante la infancia, en comparación con los hijos de madres de mayor edad. ^{2,6}

En un estudio reciente realizado a partir de certificados de nacimiento la prematuridad y tener bajo peso al nacer representan 0.7% de los más de ocho millones de nacimientos registrados en el periodo de 2008-2011 en madres adolescentes entre 10-14 años. ³

Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años. ^{Ibidem}

La placenta es un órgano que se desarrolla y se diferencia per se, y que organiza el crecimiento fetal y la condición materna en todo el curso de la gestación. Durante la embriogénesis y el desarrollo, el feto obtiene oxígeno y nutrientes de la

madre a través de la microcirculación placentaria. La estructura fundamental de la placenta se establece durante la primera mitad de la gestación. ¹⁰

La circulación arterial en la placenta carece de inervación autónoma y está regulada por señales locales como la presión y el flujo, si el proceso de implantación no se realiza con éxito, la placenta sufre una perfusión insuficiente y secreta varios tipos de células endoteliales que dañan a la madre, y en consecuencia, aumenta la resistencia vascular que agrava aún más los órganos maternos. ^{Ibidem}

La placentación está asociada con la remodelación fisiológica de las arterias espirales, que implica una etapa asociada a decidua y asociada a trofoblasto. ¹²

La placentación profunda defectuosa se describió por primera vez en la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino y se caracterizó por una remodelación ausente o incompleta de los segmentos miometriales de la zona decidual y de la unión de las arterias espirales. ^{Ibidem}

La placentación defectuosa está íntimamente relacionada con el desarrollo de preeclampsia, restricción de crecimiento y parto prematuro denominada colectivamente síndromes placentarios. ⁹

Estos trastornos se caracterizan por la invasión superficial de trofoblastos en la decidua materna, la remodelación inadecuada de las arterias espirales, la perfusión insuficiente del espacio intervelloso y la hipoxia placentaria. Los efectos de la hipoperfusión placentaria en el feto son la restricción del crecimiento y, en algunos casos, la muerte. ¹¹

La placentación defectuosa se asocia con preeclampsia, restricción del crecimiento y otros síndromes obstétricos. ^{Ibidem}

El crecimiento fetal es un proceso complejo regulado por factores genéticos, por la disponibilidad de nutrientes y hormonas útero placentarias. Sin embargo, independientemente de la causa subyacente, un feto que no logra alcanzar su pleno potencial de crecimiento se ha sometido, por definición, a un proceso de reducción de la deposición tisular debido a un suministro nutricional reducido de la circulación útero-placentaria. ⁸

El nombre 'síndrome placentario' en sí, demuestra la creencia comúnmente aceptada de que la asociación entre la invasión inadecuada de trofoblastos y el desarrollo posterior de enfermedad hipertensiva y/o restricción del crecimiento es de naturaleza causal. Se cree que la remodelación incompleta de las arterias espirales uterinas da como resultado una respuesta bioquímica del "estrés" de la placenta, que puede llevar al desarrollo posterior de restricción de crecimiento y disfunción de las células endoteliales características de la enfermedad hipertensiva.⁹

Una consecuencia esperada y anticipada de un desarrollo placentario deficiente es el deterioro del crecimiento fetal; de acuerdo con esto, alrededor del 60% de los casos de enfermedad hipertensiva de inicio temprano presentan restricción de crecimiento fetal. Sin embargo, más del 80% de los casos de enfermedades hipertensivas ocurren a término y la mayoría de los neonatos en estos embarazos son de tamaño normal, el resto tiende a ser un poco más pequeño o, incluso, más grande que los neonatos de peso promedio. Los pesos de nacimiento normales y grandes no son consistentes con disfunción placentaria de larga duración. ^{Ibidem}

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer e identificar los síndromes placentarios en relación a la población adolescente del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México que permita disminuir las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Objetivos Específicos

Evaluar la evolución del embarazo y su relación con cambios que determinen riesgo materno fetal.

Determinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en la población de adolescentes atendida en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de México.

JUSTIFICACIÓN:

En México el embarazo en adolescentes es un grave problema de salud pública ya que genera limitación en el desarrollo de las mujeres. Es importante generar atención integral en la adolescente embarazada con énfasis en las complicaciones como síndromes placentarios. Por lo tanto, tener conocimiento de estas complicaciones nos permitirá plantear estrategias para disminuir el riesgo de la morbilidad y mortalidad materna. Siendo esta información útil para la preparación de la especialidad en ginecología y obstetricia.

HIPÓTESIS

El embarazo en adolescente entre 10-19 años es un factor de riesgo para aumento de la morbilidad y mortalidad materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio transversal descriptivo observacional retrospectivo

Población en estudio y tamaño de la muestra

Mujeres adolescentes de entre 10 a 19 años que fueron agrupadas por grupo etario de 10 a 14 y 15 a 19 que tuvieron la resolución obstétrica en el Hospital General de México, siendo la población estudiada 945 pacientes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: de enero de 2017 a enero de 2018

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas de entre 10-19 años.
- Sin enfermedades preexistentes.
- Sin antecedentes de abuso de drogas, alcoholismo y/o tabaquismo según los criterios DSM-IV-TR.
- Embarazo único
- Paciente que haya tenido resolución obstétrica en el HGM.

Criterios de exclusión:

- Paciente embarazadas de entre 10-19 años con enfermedades preexistentes.
- Paciente adolescente que no presentó su resolución del embarazo en HGM.
- Pacientes adolescentes con adicciones.

Criterios de eliminación:

- Pacientes en las que no se encontró el expediente en el archivo de la Unidad de Ginecología y Obstetricia.
- Pacientes en las que los expedientes se encontraban incompletos.
- Pacientes donde la resolución obstétrica no haya sido en HGM.

Variables y escalas de medición

Edad de la paciente

Edad gestacional por Capurro

Control prenatal: regular (>5 consultas) o irregular (<5 consultas)

Tipo de patología de los síndromes placentarios

Bajo peso

Peso adecuado

Recién nacido de término

Recién nacido pretérmino

Recolección de datos y análisis de los resultados

Se recabó la información del periodo comprendido de enero de 2017 a enero de 2018 de todas las pacientes adolescentes de entre 10 a 19 años con resolución obstétrica. La información estadística nos dio un total de 945 pacientes, de los cuales únicamente 195 cuentan con algún diagnóstico de síndromes placentarios. Por lo que se hizo la revisión de 195 expedientes clínicos físicos completos de pacientes de 10 a 19 años de edad que hayan recibido atención para resolución obstétrica en el servicio de Ginecología y obstetricia en el Hospital General de México.

Implicaciones Éticas del Estudio

Se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y revisión de expedientes clínicos en los que no se identificó al paciente ni se trataron aspectos sensibles de su conducta.

RESULTADOS

En el periodo comprendido de enero de 2017 a enero de 2018 se registraron 3423 resoluciones obstétricas, de los cuales 945 pacientes pertenecen al grupo de adolescentes, lo que representa el 27.6%. (Fig. 1). De esta población solo 195 pacientes presentaban síndrome placentario, que representa el 20.6% del 100% de pacientes adolescentes con resolución obstétrica, sin embargo solo se incluyeron 164 pacientes en este estudio, siendo el 84.1% del total de pacientes con síndromes placentarios en adolescentes ya que 31 pacientes fueron excluidas (Tabla 1). La población estudiada tuvo una edad promedio de 17.4 años, de las cuales solo el 33% llevaron control prenatal regular y 67% control prenatal irregular (Tabla 2).

Se dividieron a las pacientes en dos grupos de acuerdo a su edad considerando como adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años (Fig. 2), predominando la adolescencia tardía en un 97%.

De los síndromes placentarios, se presentaron en esta frecuencia : 79 pacientes (48.1%) parto prematuro, 75 pacientes (45.7%) enfermedades hipertensivas del embarazo, y 18 pacientes (10.9%) RCIU (Fig. 4). Del 45.7% del total enfermedades hipertensivas, el 25% representa preeclampsia severa, 1 caso en edad de 10 a 14 años representando el 25% de este grupo etario, y 41 casos en edad de 15 a 19 siendo un porcentaje de 25.6%, 14% hipertensión gestacional, todos los casos de 15 a 19 años y en menor frecuencia 6% preeclampsia leve, 1 caso en edad de 10 a 14 años lo cual representa 25% y 9% grupo etario de 15 a 19 años, representando 5.6% (Tabla 3), donde además se grafican los resultados de síndromes placentarios en dos grupos de edades para visualizar cual se presentó en mayor proporción.

En ningún grupo etario existieron casos de síndrome de HELLP ni eclampsia.

Las pacientes acudieron en promedio en la semana 36.4 de gestación, con un promedio de peso del RN de 2448.9, con percentil promedio de 35.4.

Se realizó una comparación de enfermedades hipertensivas con RCIU, bajo peso, peso adecuado y peso alto, demostrando que en el grupo etario de entre 15 a 19 años presentó con mas frecuencia RCIU con alguna enfermedad hipertensiva en 6 casos y 1 caso de entre 10 a 14 años, o casos con bajo peso, todos de entre 15 a 19 años; alto peso solo 5 casos, y el resto (55) con peso adecuado. (Tabla 4)

También se comparó la cantidad de embarazos a término y pretérmino de acuerdo a la edad de la paciente con la cantidad que presentaron RCIU, bajo peso, peso adecuado y peso alto, lo que correspondió a 48.1% los embarazos pretérmino, únicamente 10.9% del total de pacientes presento RCIU, de los cuales 94.4% fueron embarazos a término y el 5.6 embarazo pretérmino (1 caso), predominando independientemente de edad gestacional peso adecuado en un 60.9% del total de la población. (Tabla 5).

DISCUSIÓN

En promedio el 18% de los nacimientos se registran entre mujeres adolescentes. De mantenerse esta proporción el número de embarazos de mujeres adolescentes en 2020 ascendería a 400,928¹⁶, esto genera cambios en el ámbito bio-psico-social en la madre adolescente, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida por deserción escolar y exclusión social.

Debiendo además considerar las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso del embarazo como las descritas de los síndromes placentarios, y entre otras mas.

Se observó en este estudio que solo el 33.0% de las pacientes tuvieron un control prenatal adecuado de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, estos resultados nos hablan del pobre control prenatal que las pacientes tienen, es por eso la importancia de la prevención y aumentar los esfuerzos que se debe realizar por el personal de Salud en los unidades de primer nivel.

En el actual estudio se realizó una comparación entre la adolescencia temprana y tardía para observar cómo se comportaban dichos grupos y si se encontraba alguna diferencia significativa siendo el porcentaje de edad de entre 15 a 19 años donde con mayor frecuencia se presentaron los síndromes placentarios y esto se ve reflejado de esta manera ya que la mayor proporción de embarazos en adolescentes se concentra en este grupo etario¹⁷

Entre los síndromes placentarios el que se presento con mayor frecuencia fue la prematuridad en un 48.1. El parto pretermino en el HGM se ve elevado respecto a otros estudios comparados ya que la frecuencia de nacimientos pretérmino en las mujeres embarazadas menores de 20 años es de 10.0 a 31.3%.¹⁵

Con respecto a las enfermedades hipertensivas en el embarazo en cualquiera de sus variantes representó el 45.7%, siendo el primer lugar preeclampsia con criterios de severidad con un 25.6% del total de la población estudiada. Las enfermedades hipertensivas en el embarazo es la segunda causa de mortalidad materna en nuestro país.

Dentro de las complicaciones fetales respecto a su peso se observó el bajo peso y RCIU los cuales fueron los mismos que se obtuvieron en estudios nacionales e internacionales. No se encuentra en el expediente clínico los datos acerca de la evolución que presentaron estos bebés y sí se fueron de alta.

Este estudio tiene muchas limitantes ya que no se puede saber si la edad materna es en realidad un factor de riesgo para el desarrollo de estas complicaciones ya que se debió realizar una comparación con un grupo de edad fuera del rango de la adolescencia.

CONCLUSIONES

El embarazo en la mujer adolescente es un serio problema de salud pública. Por lo que se deben reforzar los programas de educación sexual y reproductiva para que sean eficaces y eficientes. Desde etapas tempranas de la vida comenzar con educación sexual y hacer énfasis en métodos de anticoncepción, los cuales puedan estar al alcance inmediato de las pacientes adolescentes.

Insistir en una atención temprana del embarazo de estas jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir los riesgos biológicos, tanto para la madre como para el producto. Sería de vital importancia un proyecto para realizar una clínica de embarazo adolescente en el HGM para una atención integral enfocándonos en todos los aspectos médicos preventivos de síndromes placentarios y otras enfermedades que aumentan la morbi-mortalidad materno fetal, así como abarcar los aspectos psicológicos, personales o familiares antes y después del nacimiento del recién nacido para poder afrontar de la mejor manera los cambios que ocurrirán en su entorno.

Referencias

1. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf
2. http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/materiales/Embarazo_Adolescente.pdf
3. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf
4. https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Estudio%20G%C3%A9nero%20M%C3%A9xico_CUADERNILLO%20RESUMEN.pdf
5. UNICEF
6. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(1): 8-14 *Artículo original Ginecología y obstetricia medigráfica*
7. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328094/Informe_Ejecutivo_2017_ENAPEA.pdf
8. Cetin I et al; Fetal growth restriction: A workshop report, placenta 2004, 25 (8-9), PP. 753-757
9. Thilaganathan, Placental syndromes: getting to the heart of the matter, Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 49: 7–9.
10. Furuya et al, Pathophysiology of placentation abnormalities in pregnancy-induced hypertension. Vascular Health and Risk Management 2008;4(6) 1301–1313

11. Gelbert, et al. Prevention of Defective Placentation and Pregnancy Loss by Blocking Innate Immune Pathways in a Syngeneic Model of Placental Insufficiency. *J Immunol*. 2015 August 1; 195(3): 1129–1138.
12. Ivo et al, The “great obstetrical syndromes” are associated with disorders of deep placentation. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 march ; 204(3): 193–201.
13. Tablas de referencia de biometría fetal para la población del Occidente de México Ernesto Barrios-Prieto,¹ David Alejandro Martínez-Ceccopieri,² Arturo Javier Torres-Mercado,³. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:310-320. Medigraphic.
14. Clasificación de los niños recién nacidos (Classification of the newborns) Manuel Gómez-Gómez,* Cecilia Danglot-Banck,* Manuel Aceves-Gómez*, *Rev Mex Pediatr* 2012; 79(1); 32-39.
15. Oviedo Cruz H, Lira Plascencia J, Ito Nakashimada A, Grosso Espinoza JM. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:17-23.
16. ENADID, 2009 Y 2014. DGIS. Subsistema de Información de Nacimientos 2008-2014.
17. Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo, México. Secretaría de Salud, 2010.

FIGURAS

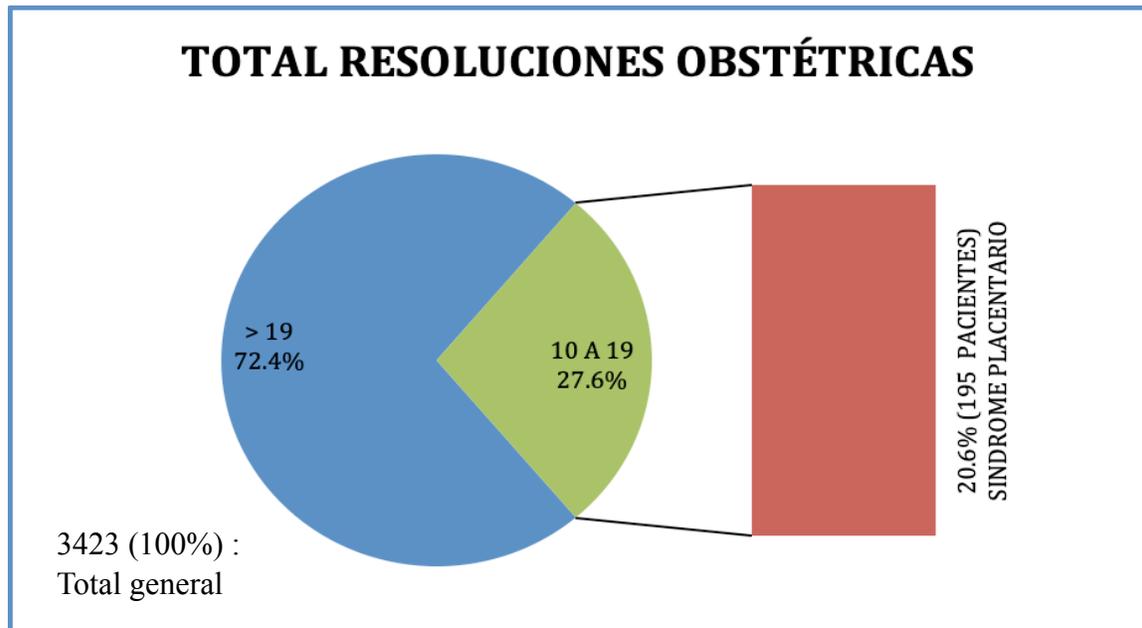


FIGURA 1.
TOTAL DE RESOLUCIONES OBSTÉTRICAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

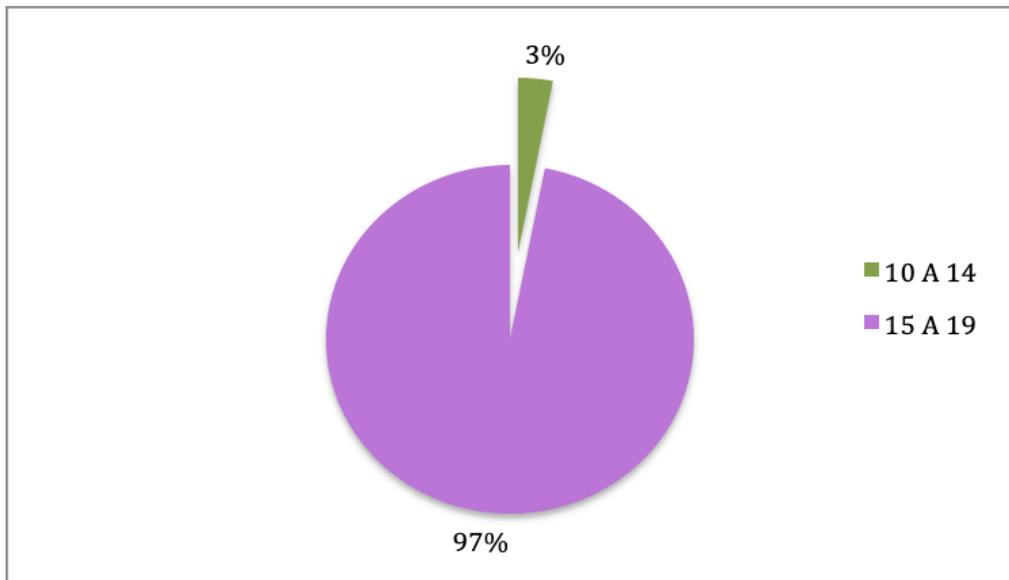


FIGURA 2. CONTROL PRENATAL DE ACUERDO A EDAD.
FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS

TABLAS

Pacientes incluidas	164	84.1%
Pacientes excluidas	31	15.9%
Total general	195	100%

Tabla 1 NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON SÍNDROMES PLACENTARIOS 10-19 AÑOS

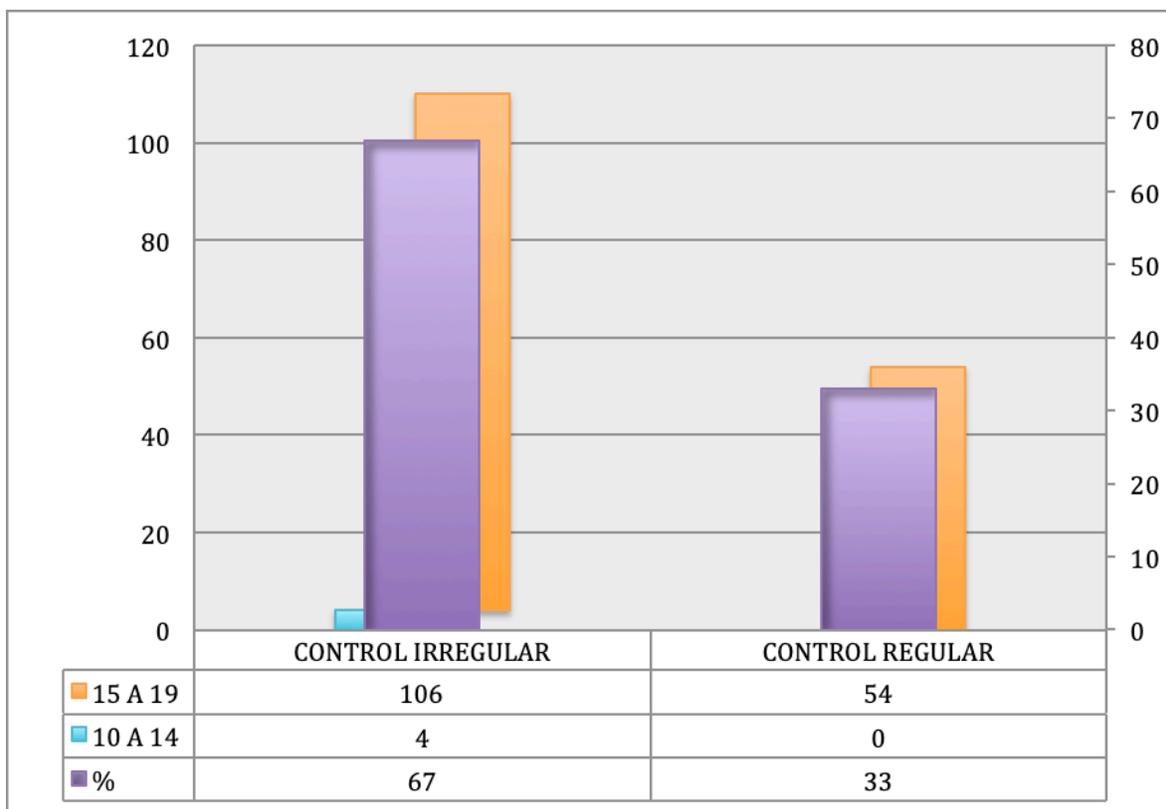


Tabla 2 CONTROL PRENATAL POR GRUPO ETARIO
FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS

SÍNDROMES PLACENTARIOS

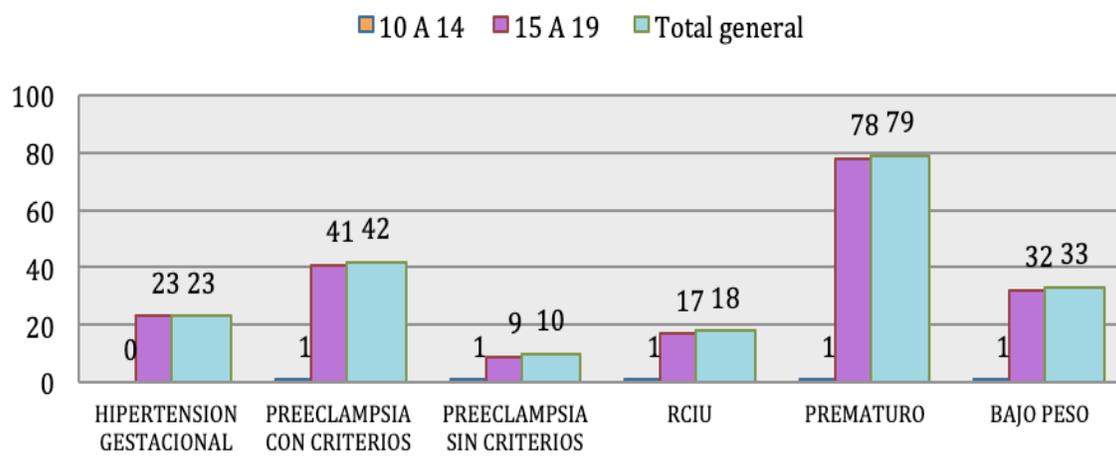


TABLA 3 FRECUENCIA DE APARICION DE SINDROMES PLACENTARIOS EN ADOLESCENTES
FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS

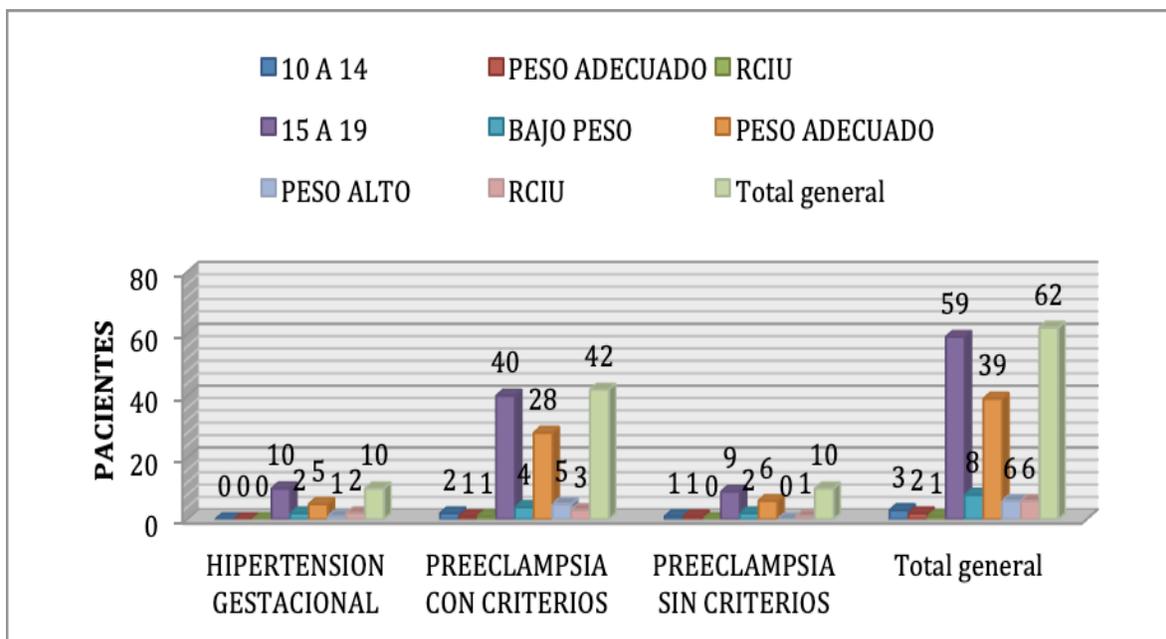


TABLA 4 RELACIÓN DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS CON RCIU Y PESO DEL RN.
FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS

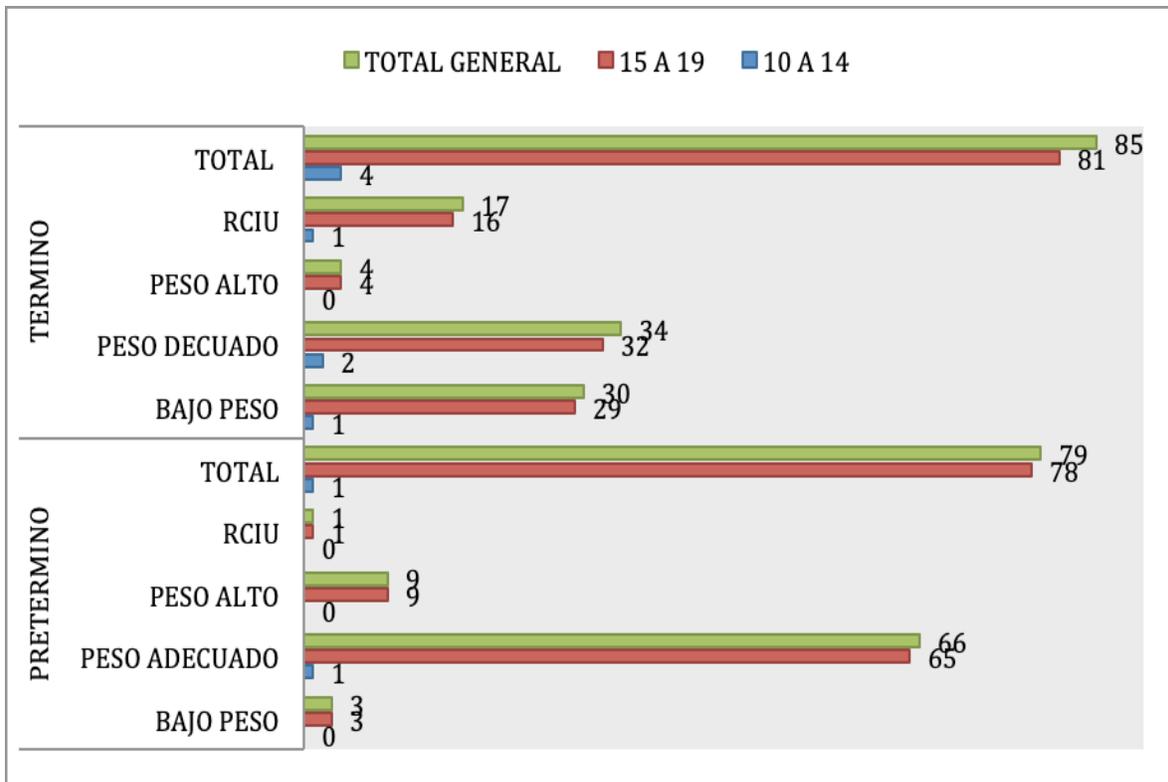


TABLA 5 COMPARACION DE PACIENTES DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL EN RELACION A RCIU Y PESO DEL RN