

1970
09
C1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA 1970
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.



GLADYS MARGARITA TABLADA HERNANDEZ

1970

PLAN DE TESIS

- I. *Introducción*
- II. *Determinar el número de primigestas jóvenes (menores de edad)*
- III. *Atención pre-natal*
- IV. *Evolución de los embarazos y partos*
- V. *Complicaciones:*
 - a) *Maternas*
 - b) *Fetales*
- VI. *Discusión*
- VII. *Conclusiones*
- VIII. *Bibliografía*

INTRODUCCION

La Tesis culmina para el estudiante universitario uno de los anhelos fundamentales de su vida como es graduarse de profesional, y naturalmente lo coloca en el inicio de su función de hombre consciente y responsable. Las experiencias y vivencias obtenidas durante sus estudios y prácticas define e inclinan su personalidad hacia diversas áreas de la vida.

En el caso del Médico la relación tan directa con las personas, la comprensión y conocimiento de los problemas humanos, las angustias de las enfermedades de sus pacientes y la realidad de la misma vida, los sensibiliza en forma especial hacia las condiciones sociales; e inicia su tarea lleno de inquietudes e ilusiones que lo hacen vivir intensamente. El estudiante de medicina vive estas mismas situaciones y algunos hechos repercuten sobre su personalidad en forma tan intensa que lo orientan en determinadas direcciones.

Así nació el interés de escribir este tema de Tesis. Una madre joven que llega a la Maternidad y perder el fruto del embarazo, que yo creí era el entusiasmo de su vida, su felicidad; y sin embargo, se muestra tranquila, indiferente, tal vez contenta. La diferencia entre lo que yo pensé y la actitud de la joven madre, motivó en mí el interés de investigar este tema y desarrollarlo en mi Tesis de Graduación.

Por lo tanto, este trabajo tiene como propósito poner de manifiesto las diferencias existentes entre las madres jóvenes y las de otras edades; investigar la evolución de los embarazos y los partos, los peligros que ellos tienen en el proceso de la reproducción. También tiene como objeto atraer la atención de los Médicos y Estudiantes de Medicina al análisis de las condiciones de nuestro ambiente, estudiando las personas en los lugares donde habitan o son tratadas.

PRIMIGESTAS JOVENES

En el presente trabajo llamaremos primigestas jóvenes, aquellas pacientes cuyo primer embarazo sucede hasta los 14 años de edad.

Durante los años de 1967-1968, en la Maternidad del Hospital Roosevelt se produjeron 17.263 partos; de los cuales 7.961 fueron

primigestas. De ellas 61 se encontraban por debajo de 14 años, por lo tanto forman el grupo de primigestas jóvenes, que vamos analizar. Durante ese tiempo hubo 7.900 primigestas, que tenían más de 14 años de edad, lo que da una incidencia de 0.77% de primigestas jóvenes entre primigestas; y de 0.35% en todos los partos atendidos durante el mismo tiempo. Decimos esto porque la mayoría de estas señoritas vienen de familias inestables, pues muchas de ellas viven sólo con su madre, padre o algún otro familiar, (abuelos).

Cuadro No.1

FRECUENCIA DE PRIMIGESTAS JOVENES Y PRIMIGESTAS

Primigestas	Porcentaje	Totales
Primigestas Jóvenes 61	0.77%	Totales Primigestas 7.961
Primigestas Jóvenes 61	0.35%	Total de Partos 17.263
Primigestas 7.961	45%	Total de Partos 17.263

ATENCION PRE-NATAL

De las 53 pacientes que radican en la capital, asistieron a su control pre-natal 22, 31 pacientes fueron examinadas por primera vez en la admisión de la Maternidad; las ocho pacientes restantes vinieron del área rural sin control pre-natal.

Esto es el reflejo del bajo nivel socio-cultural que priva en nuestro medio, a nivel del hogar y de la escuela.

De las pacientes analizadas 3 eran casadas, 19 unidas, y 39 solteras. Este dato refleja la falta de estabilidad familiar en madres de esta edad, y nos orientan a pensar que más de la mitad de ellas fueron engañadas y dejadas solas.

Cuadro No.2

CONTROL PRE-NATAL

Estado Civil	No. Casos	Asistencia Pre-natal	Porcentaje
Casadas	3	3	100 %
Unidas	19	9	47.32 %
Solteras	39	10	25.6 %

El cuadro muestra que, las pacientes casadas son más estrictas en su cuidado médico, ya que todas asistieron a la consulta pre-natal, las unidas son un poco más descuidadas, pues asistieron casi la mitad, y las solteras únicamente asistieron 10, lo que indica su falta de interés personal o refleja, las dificultades que ellas están viviendo.

El porcentaje de asistencia total a pre-natal fue de 36.1 %.

EVOLUCION DE LOS EMBARAZOS

El número relativamente reducido de casos analizados por nosotros, no nos permite formarnos una idea exacta de la existencia mayor o menor de complicaciones del embarazo. Sin embargo de las 61 pacientes analizadas, una presentó hemorragia vaginal, qui no fué posible hacerle diagnóstico exacto, y dos presentaron pre-eclampsia.

Las 58 pacientes restantes tuvieron embarazos normales, uno de ellos fué un embarazo gemelar.

GESTOSIS

De las primigestas jóvenes estudiadas, 2 pacientes presentaron patología propia del embarazo, una de ellas tuvo pre-eclampsia y otra eclampsia, dándonos un porcentaje de 3.3%, lo que nos parece bajo ya que esta afección es más frecuente en las primigestas jóvenes.

Un número reducido de las pacientes tratadas, presentaron otras enfermedades que no son propias del embarazo: Sarcoptiosis, celulitis, infección respiratoria superior. Una paciente estaba afectada por enfermedad granulomatosa (tuberculosis), y otra padecía de enfermedad cardíaca congénita.

EVOLUCION DE LOS PARTOS

En este capítulo nosotros demostraremos la evolución de los partos de las 61 pacientes primigestas jóvenes, que constituyen el material de análisis del presente trabajo.

EDAD DE EMBARAZO

En el momento del parto 50 de nuestras pacientes presentaban embarazo a término, y 11 embarazos, de 31 a 36 semanas de gestación, lo que nos da 82% de pacientes a término, y un 18% de parto prematuro. Esto nos muestra que la frecuencia de parto prematuro en esta clase de pacientes es elevado, y manifiesta seguramente, la falta de madurez del organismo y del útero, para la función reproductiva.

Es interesante observar que todas las pacientes, dieron datos exactos en relación a su última menstruación, pues las edades estimadas y calculadas en todas ellas coincidieron.

PRESENTACIONES

Como es natural la presentación de vértice fue la más frecuente con 55 fetos, hubo 5 presentaciones podálicas y 2 presentaciones de hombro. Las situaciones transversas eran un embarazo simple y el segundo gemelo de embarazo gemelar.

Los datos anteriores ponen de manifiesto el aumento franco de presentaciones anormales en esta clase de pacientes; ya que hubo más del doble de presentaciones podálicas, y aún más de presentaciones de hombro, que los promedios aceptados por la generalidad de los autores.

CONDICION DE LAS MEMBRANAS

Al ingreso de las pacientes la mayoría presentaban las membranas ovulares enteras; 10 pacientes (16.4%) ingresaron con membranas rotas; la

ruptura se había efectuado en forma espontánea y ya en trabajo de parto.

TRABAJO DE PARTO

Los trabajos de parto de las pacientes analizadas fueron normales, ya que las características de las contracciones y el tono uterino estuvieron acordes a la evolución del trabajo de parto. En ninguna de ellas fue necesario utilizar oxitocina con el objeto de estimular el útero. El análisis de la papelería no muestra la existencia de anomalías de la contracción.

Al ingreso de la Maternidad 58 pacientes estaban en trabajo de parto, y 3 ingresaron por otras razones.

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

La duración del trabajo de parto de las pacientes analizadas fue variable, como sigue

Duración Total

Hasta 15 horas	56 casos
De 16 a 24 horas	4 casos
Más de 24 horas	1 caso

La duración de la expulsión en todas las pacientes fué menor de una hora.

TIPO DE PARTO

La mayoría de los partos como es lo lógico fue Eutócico ya que 54 pacientes tuvieron un parto Eutócico simple, dando el 90%. Las 7 pacientes restantes evolucionaron hacia partos distólicos dando un 10% de frecuencia.

De las distocias de 7 pacientes, 5 fueron resueltas por cesárea, uno por una aplicación de forceps, y en el otro, el segundo gemelo que se encontraba en presentación de hombro, fue extraído por versión y gran extracción podálica. La aplicación de forceps fue un forceps medio con rotación instrumental por detención profunda en transversa.

De las cesáreas, 2 se practicaron por desproporción céfalo-pélvica, una por presentación podálica y pelvis estrecha; otra por presentación de hombro y una por inminencia de ruptura uterina. En el último caso se encontró, contracción del anillo de BANDL, lo que obligó hacer una cesárea segmento corpórea. Todos estos casos tuvieron sufrimiento fetal; el post-operatorio fue sin complicaciones.

ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento se efectuó en forma natural en 52 de los casos, y en 8 pacientes fue artificial. De estos 8 alumbramientos, 5 se efectuaron después de operación cesárea, 2 se realizaron al hacer la revisión de cavidad, en la versión por maniobras internas, y después de la aplicación de forceps medio. Las otras dos pacientes restantes hubo necesidad de efectuar alumbramiento artificial, por retención de placenta.

Dos placetas tenían infartos pequeños que no repercutieron en el estado general del niño. El tamaño de la placenta en la mayoría de las pacientes fueron normales (31 casos), grandes 9; y pequeñas 21 casos, basándonos en la siguiente distribución:

Pequeña	de	14	a	16 centímetros
Normal	de	16	a	20 centímetros
Grande	más de			20 centímetros

En las 9 pacientes en que la placenta se clasificó como grande no habían antecedentes luéticos.

El peso de la placenta osciló entre 10 y 24 onzas; 21 pesaron menos de 15 onzas, correspondiendo a las placetas pequeñas; 31 entre 16 y 20 onzas placetas normales; y 9 más de 21 onzas que corresponden a las grandes. Las membranas estaban completas en el 100 o/o de las placetas. La inserción del cordón fue central en 30 casos, y excéntrica en 31.

Se encontraron anomalías, como circulares al cuello, nudos del cordón, circulares a miembros superiores e inferiores, y torsiones del mismo en 30 casos. No conocemos alguna explicación satisfactoria entre la inserción del cordón y anomalías del mismo.

Encontramos 7 cordones que medían menos de 30 centímetros

(breve), 24 normales, que median de 31 a 65 centímetros, y 30 eran largos pues median más de 65 centímetros.

El globo de seguridad de Pinard estaba francamente formado en todos los casos, evitando así complicaciones posteriores.

La revisión del cuello, mostró que 4 presentaban rasgaduras. Estas pacientes habían tenido partos precipitados.

MANEJO DEL PARTO

La vigilancia y conductas seguidas en los partos de las pacientes analizadas son las mismas que las utilizadas en otro tipo de paciente.

Comentaremos los procedimientos que fueron utilizados y analizaremos las intervenciones que les fueron practicadas.

EPISIOTOMIAS

A pesar que la norma es practicar episiotomía a todas las primigestas, en 6 de nuestras pacientes no se les hizo, habiéndose efectuado 55; de las cuales 54 fueron medio lateral derecha, y una medio lateral izquierda. Se repararon en la forma usual y no presentaron complicaciones posteriores.

AMNIORREXIS

A 34 pacientes o sea el 55.7 o/o se les practicó amniorexis con el objeto de acelerar la evolución del trabajo de parto, y en algunos para mejorar el mismo. 27 pacientes tuvieron ruptura espontánea de membranas, que hace el 43.3 o/o de frecuencia.

INTERVENCIONES

Como dijimos anteriormente, 6 pacientes fueron resueltos en la forma siguiente:

4 cesáreas segmentarias, 1 cesárea segmento corpórea, 1 por aplicación de forceps medio y rotación instrumental, y la séptima, que tenía embarazo gemelar se le practicó versión y gran extracción podálica al segundo gemelo.

CONDICIONES DE LOS NIÑOS

Las 61 pacientes analizadas produjeron 62 niños, pues hubo un embarazo gemelar: 59 niños nacieron vivos y 3 fueron mortinatos. Los mortinatos resultaron de 2 óbitos fetales, con pesos de 2.8 y 4 libras, y un niño de 4.14 libras que murió intraparto a consecuencia de circulares apretadas del cordón.

De los 62 niños nacidos 43 fueron a término y 19 prematuros. Consideramos prematuros en este trabajo los niños que pesaron menos de 5.8 libras. Los pesos de los niños variaron de 2.3 libras a 7.10 libras -Pudiéndose agrupar en la forma siguiente:

Hasta 4.8 libras	13 niños
De 4.9 a 5.8 libras	6 niños
De 5.9 a 8.0 libras	43 niños

En el cuadro anterior se muestra que las pacientes analizadas no tuvieron niños de pesos elevados.

No analizamos el sexo de los niños por considerarlo sin importancia en el presente trabajo.

El examen de los niños nacidos demostró que 58 nacieron aparentemente sanos y 4 presentaban anomalías congénitas, 2 de ellos anencefalia y espina bífida, nacieron muertos y pesaron 2.8 y 4 libras; otro tenía labio leporino, nació vivo y pesó 7.4 libras, el 4o. niño tenía polidactilia en ambas manos y pies.

La condición de los niños al nacer fue satisfactoria en 52; presentaron asfixia del recién nacido 7, de los cuales 4 eran a término y 3 prematuros; uno de los niños a término de 6.8 libras de peso, traía dos circulares apretadas al cuello y falleció a la 1:15 horas después del nacimiento.

La condición del niño al egreso fue satisfactoria en 54 de ellos que se fueron a su casa, 3 nacieron muertos y 5 murieron en el Hospital.

Los niños que nacieron en este centro Hospitalario; uno murió al segundo día, era prematuro, pesó 2.3 libras; otro murió 1.15 horas después

de nacido pesó 6.8 libras; a consecuencia de asfixia del recién nacido por circulares del cordón. Uno prematuro de 2.6 libras murió al sexto día; otro prematuro de 3.12 libras murió el séptimo día y el 5o. de 4.7 libras murió trece horas después de nacido.

Como se puede ver, cuatro de los mortinatos pesan menos de 4.8 libras y sólo uno 6.8 libras.

Lamentamos que los niños que murieron o nacieron muertos no se les practicó autopsia clínica; y por consiguiente no podemos discutir las causas reales de la muerte.

Espero que este trabajo realizado en el departamento de maternidad del Hospital Roosevelt sea una proyección para otros centros urbanos y rurales que necesitan bases sólidas en actuaciones futuras.

DISCUSIÓN

El análisis que hemos hecho en las páginas anteriores, de los casos de primigestas jóvenes estudiadas, muestra ciertas condiciones que son peculiares a esta clase de pacientes.

CONDICIÓN SOCIAL Y CUIDADO PERSONAL

La mayor frecuencia de madres solas, solteras, sin el apoyo del esposo, da la idea de falta de madurez personal que tienen este tipo de pacientes, de su falta de juicio y análisis de las condiciones humanas y por lo tanto de su irresponsabilidad como madre. La falta de asistencia a control prenatal, nos hace considerar su indiferencia en relación a su condición de salud, y la falta de cuidado relativos a su persona. No hay duda que estas condiciones podríamos considerarlas como complicaciones sociales.

CONDICIONES RELATIVAS DEL EMBARAZO

Es aceptado que la mujer joven tiene más riesgos reproductivos que las mujeres de otras edades. Si consideramos que la década reproductiva más recomendable es de los 20 a los 30 años. En nuestro trabajo no podemos analizar la evolución de los embarazos hacia abortos, ya que la Maternidad del Hospital Roosevelt en la época estudiada no atendía esta clase de complicaciones. Sin embargo se acepta que su frecuencia es mayor.

La frecuencia de toxemias pre-eclampsia y eclampsia son más frecuentes en las primigestas jóvenes.

En nuestros casos hubo una pre-eclampsia y otra eclampsia; dándonos un 3.30/o; ambas pacientes tuvieron partos con niños muertos y anomalías congénitas.

Tuvimos un embarazo gemelar que evolucionó a parto prematuro. El número escaso de pacientes estudiadas no nos permite hacer comparaciones.

CONDICIONES OBSTETRICAS

Las presentaciones anormales se encontraron fuertemente aumentadas en nuestros casos, así por ejemplo, tuvimos más del doble de presentaciones podálicas y un aumento importante de presentaciones de hombro, como lo manifestamos anteriormente.

PARTOS PREMATUROS

Los 62 nacimientos por nosotros estudiados dieron 19 partos prematuros; lo que es francamente más alto que los promedios considerados normales; especialmente si se considera que tuvimos 10 niños con peso menor que 4.8 libras.

PARTOS DISTOCICOS

Siete casos fueron resueltos operatoriamente, 5 por vía alta, y 2 por la vía natural. Si consideramos que se acepta un 5.0/o de cesáreas en ambiente de entrenamiento; nuestra incidencia está aumentada en un 50.0/o aproximadamente. Esto nos hace ver que estas pacientes tienen una distocia más elevada.

NIÑOS

El número de niños que murió en las pacientes estudiadas es francamente más alto que el promedio de mortalidad de la maternidad; ya que 3 niños fueron mortinatos y 5 fallecieron durante su estancia en el Hospital; lo que nos da 50/o de mortinatos, y 9.250/o de mortalidad neo natal. También es importante observar las anomalías congénitas que tuvimos y el número de niños prematuros, tan elevado que nacieron. Consideramos lógico pensar que en realidad los casos estudiados tienen una morbilidad y mortalidad fetales muy alta.

CONCLUSIONES

- 1.) La frecuencia de primigesta joven en el ambiente estudiado fue de 0.770/o.
- 2.) Los embarazos de las primigestas jóvenes tienen más riesgo porque evolucionan con más frecuencia hacia abortos y presentan más complicaciones propias del embarazo.
- 3.) La evolución y el mecanismo de los partos de esta clase de pacientes presentan mayor morbilidad, pues existe un mayor número de presentaciones anormales y distocias en general.
- 4.) Los partos operatorios son más frecuentes en las pacientes jóvenes, elevando el riesgo materno y fetal en forma muy apreciable.
- 5.) El pronóstico de los niños nacidos de este tipo de pacientes es francamente alto; ya que tuvimos una frecuencia elevada de prematuros, anomalías congénitas y fallecimientos.
- 6.) La mortalidad peri-natal la encontramos aumentada, mortinatilidad 5 o/o, y mortalidad neo-natal 9.80/o, que es francamente más alta que los promedios del ambiente hospitalario estudiado.
- 7.) Consideramos que la Maternidad de la mujer joven es debido a la falta de orientación, educación y desintegración del hogar, ya que encontramos que la cultura y los ambientes familiares de las pacientes no son apropiadas.
- 8.) Los hogares formados por las señoras jóvenes son muy inestables, pues el 69.30/o de estas pacientes fueron abandonadas, y sólo tres de ellas estaban casadas. *
- 9.) Los cuidados personales de estas pacientes dejan mucho que desear, sólo 22 asistieron a la consulta pre-natal, lo que demuestra falta de interés por sus condiciones personales e inmadurez de su personalidad, y
- 10.) Los hechos expuestos en las conclusiones anteriores hacen considerar a la primigesta joven, como una paciente muy especial ya que amerita vigilancia estrecha y cuidadosa con el objeto de descubrir sus complicaciones en forma temprana y tratarlas oportunamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.) Arriaga Figueroa, José Mario. *Anomalías Macroscópicas de la placenta y cordón umbilical, relación con el feto, (revisión de 1000 casos)*, Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Agosto de 1963. 59 p.
- 2.) Beck, C. Alfred. *Práctica de obstetricia*. Traducido por E. Stewart Taylor, 8a. ed. México. Editorial interamericana 1968, 621 p.
- 3.) Cecil-Loeb. *Tratado de Medicina Interna*. 11a. ed. México. Editorial Interamericana 1964. 818 p.
- 4.) Harrison Henry. *Medicina Interna*. 5a. ed. México, Prensa Médica Mexicana. 1968.
- 5.) Jiménez Oliva, Juan Manuel. *Influencia en la edad en el proceso reproductivo*. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Noviembre 1963. 17 p.
- 6.) Méndez Molina, Carlos. *Primigesta en presentación pelviana. (6 años de experiencia)*. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Noviembre de 1962. 20 p.
- 7.) Moraguez, Bernart J. *Clinica Obstétrica*. 8a. ed. Buenos Aires, El Ateneo. 1960, 538 p.
- 8.) Nesbit. Robert. B.L.Jr. *Perinatal Loss in Modern Obstetrics*. Philadelphia. F.A. Davis. 1957. 380 p.
- 9.) Novak R. Edmund. *Tratado de Ginecología*. 7a. ed. México, Editorial Interamericana. 1966. 733p.
- 10.) Oliva Girón, Danilo Orlando. *Primigesta añosa. Revisión de 114 casos en el Hospital Roosevelt*, Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Noviembre 1969. 27 p.
- 11) Ordóñez Cruz, Jorge. *Multipara en situación transversa*. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Agosto de 1963. 39 p.

12.) Williams, Whitridge. *Obstetrics*. Llava ed. New York, Appleton, Century Crofts, Inc. 1957.

Br. Gladys Margarita Tablada Pinto

Vo.Bo.

Dr. José Luis Aguirre Quinteros
Asesor

Sra. Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria

Dr. Aquiles Jiménez Pinto
Revisor

Dr. Julio de León
Director de la Fase

Dr. Carlos A. Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Vargas
Decano