



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PUBLICA

ESCUELA DE MEDICINA

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTE ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO
IBARRA EN EL PERIODO AGOSTO 2008-JULIO 2009**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del titulo de :

MÉDICO GENERAL

Por: Jenny Fernanda Zea Paredes

RIOBAMBA-ECUADOR

2009

CERTIFICACION

Quienes suscribimos la presente, CERTIFICAMOS que la Tesis de Grado:

“RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES PREECLÁMPTICAS ENTRE LOS 15 A 45 AÑOS INGRESADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2008 A JULIO 2009”, elaborado por el Sr. Luis Eduardo Gusqui Cuzco, fue presentado y defendido previo a la obtención del Título de Médico General ante el tribunal designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

PRESIDENTE

Dr. Jorge Lara.

DIRECTOR

Dr. Ramiro Estévez

MIEMBRO DE TESIS

Dr. Manuel Jiménez

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento infinito a mis padres Patricio y Nivia por su apoyo constante y entrega de amor incondicional, quienes supieron guiarme por el camino del bien.

A mis grandes colaboradores los doctores Ramiro Estévez y Manuel Jiménez por su paciencia y dedicación en el asesoramiento de la presente investigación.

A los doctores Nery Yáñez, Adrián Díaz e Inés Fernández por sus conocimientos brindados y consejos recibidos.

A mis amigos que de una otra forma me acompañaron en los buenos y malos momentos.

DEDICATORIA

A Dios padre celestial y divina pureza que guie y bendice cada uno de los pasos que doy

A mis padres personas ejemplares que inculcaron buenos valores en mi

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II .OBJETIVOS.....	3
A. GENERAL.....	3
B. ESPECIFICOS.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
IV .METODOLOGIA	40
A. LOCALIZACIÓN.....	40
B. VARIABLES.....	40
C. DEFINICIÓN.....	40
D. OPERACIONALIZACIÓN.....	42
E. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
F. UNIVERSO Y MUESTRA.....	46
G .DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	46
V. RESULTADOS.....	47
VI. CONCLUSIONES.....	82
VII. RECOMENDACIONES.....	84
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	86
IX. ANEXOS.....	90

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No 1

Distribución por edad en la adolescente gestante47

GRÁFICO No 2

Estado civil en las adolescentes gestantes.....49

GRÁFICO No 3

Distribución del nivel de instrucción en la gestante adolescente.....51

GRÁFICO No 4

Lugar de procedencia de las adolescentes gestantes.....53

GRÁFICO No 5

Número de gestas en las adolescentes.....55

GRÁFICO No 6

Paridad en la gestante adolescente.....57

GRÁFICO No 7

Antecedentes de aborto en la gestante adolescente.....59

GRÁFICO No 8

Antecedentes de cesárea en gestante adolescente.....61

GRÁFICO No 9

Control prenatal en la adolescente gestante.....63

GRÁFICO No 10

Lugar de control prenatal de la adolescente gestante.....66

GRÁFICO No 11

Complicaciones obstétricas en la primera mitad del embarazo de la adolescente.....68

GRÁFICO No 12

Complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo.....71

GRÁFICO No 13

Patologías asociadas en las adolescentes con complicaciones obstétricas.....74

INDICE DE TABLAS

TABLA No 1

Distribución por edad en la adolescente gestante47

TABLA No 2

Estado civil en las adolescentes gestantes.....49

TABLA No 3

Distribución del nivel de instrucción en la gestante adolescente.....51

TABLA No 4

Lugar de procedencia de las adolescentes gestantes.....53

TABLA No 5

Número de gestas en las adolescentes.....55

TABLA No 6

Paridad en la gestante adolescente.....57

TABLA No 7

Antecedentes de aborto en la gestante adolescente.....59

TABLA No 8

Antecedentes de cesárea en gestante adolescente.....61

TABLA No 9

Control prenatal en la adolescente gestante.....63

TABLA No 10

Lugar de control prenatal de la adolescente gestante.....66

TABLA No 11

Complicaciones obstétricas en la primera mitad del embarazo de la adolescente.....68

TABLA No 12

Complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo.....71

TABLA No 13

Patologías asociadas en las adolescentes con complicaciones obstétricas.....74

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas de adolescentes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra del Tena, Agosto 2008-Julio 2009.

Se trabajó con una muestra de 95 historias clínicas, la información se obtuvo mediante una hoja de recolección de datos, para el análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel y Epi info.

Se obtuvo los siguientes resultados: 85% corresponden a edades comprendidas entre 17 a 19 años; 61% son solteras; 31% se hallan en unión libre; 4% están casadas; 49% tienen secundaria incompleta; 54% provienen del área urbana; 66% son primigestas; nulíparas en un 73%; 23% presento un aborto previ6; 9% tienen ces6rea anterior; 65% de las pacientes asistieron al control prenatal; 66% acuden a los centro-subcentro de salud; 36% asisten al hospital; 35% no acuden a control.

Las complicaciones en la primera mitad del embarazo son el aborto en un 32%; amenaza de aborto 18%; en la segunda mitad se encontr6 amenaza de parto pretérmino 27%; preeclampsia 12% ruptura prematura de membranas 7%. Entre las patologías asociadas se encontr6 infecci6n de vías urinarias, infecci6n del tracto genital y anemia.

Se concluye que las complicaciones obstétricas mas importantes son los abortos y amenaza de parto pretérmino, lo que evidencia falta de adecuado control prenatal, ante estos hallazgos se recomienda implementar programas de educaci6n para este grupo de edad.

SUMMARY

A transversal, retrospective and descriptive study was carried out with the objective of determining the obstetric complications of adolescents assisted in the Gineco Obstetric service of the hospital José María Velasco Ibarra of Tena, August 2008 to July 2009.

It was worked with a sample of 95 clinical histories, the information was obtained by means of a data gathering and for the statistical analysis the programs Microsoft Excel and Epi info were used.

The following result were obtained: 85% corresponds to ages understood among 17 a 19 years; 61% is single; 31% is in free union; 4% is married; 49% has uncompleted secondary; 54% comes from the urban area; 66% is primegestas; 73% is nulipares; 23% present a previous abortion; 9% has a previous cease; 65% of the patients attended to the prenatal control; 66% goes to the center- sub centers of health; 36% attends the hospital; 35% doesn't go to control.

The complications in the first half of the pregnancy are the abortion in a 32%; abortion threatens in a 18% in the second half preterm childbirth threat was found in a 27%; preeclampsia 12%; membranas premature rupture 7%. Among the associate pathologies urinary channel's Infection, genital tract Infection and anemia were found.

It is concluded that the obstetric complications are the abortions and preterm childbirth threat, which evidences lack of an appropriate prenatal control. Because of these discoveries is recommended to implement education programs for this age group.

I.INTRODUCCION.

A nivel mundial ha aumentado el inicio de la vida sexual activa a edades más tempranas; el 20% de los partos son de madres adolescentes, la tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2-5 veces más alto entre mujeres menores de 18 años, comparadas con las de 20-29 años.(1)

Las adolescentes constituyen un grupo particularmente numeroso en los países de desarrollo y la frecuencia de embarazos es alta, así como el número total de complicaciones ya que es una situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal alto, convirtiéndose en un problema de salud pública importante en nuestro país por la gravedad que representan y por el impacto social que determinan, ya que la demora o falta de tratamiento oportuno conduce muchas veces a la mortalidad materno-infantil.

Entre las complicaciones obstétricas que provocan la muerte en las menores de 20 años ,se han establecido las siguientes: Hemorragia , Septicemia , Preeclampsia, Eclampsia, (DCP), Aborto complicado.(2)

Existe mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido, es debatido si dichas complicaciones son el resultado de factores socio-demográficos, educacionales, pobreza, o relacionado más a factores biológicos como crecimiento materno incompleto o inmadurez reproductiva. (2) (3)

En el Ecuador se han realizado estudios sobre factores socio-demográficos en adolescentes; en uno de ellos se han incluido algunos riesgos obstétricos; sin embargo a pesar de esta situación no existe estudios que enfoquen el comportamiento de las complicaciones en gestantes adolescentes por lo que el objetivo de esta investigación fue:

Determinar cuales son las complicaciones obstétricas que presentan las gestantes adolescentes del servicio de Ginecología del HJMVI de la ciudad de Tena.

El interés central de esta investigación propone desarrollar o implementar estrategias destinadas a mejorar e incrementar el acceso y la atención de calidad a la mujer adolescente embarazada para

detectar oportunamente patologías que pueden complicar el embarazo, mejorando de esta manera la eficacia y eficiencia de los servicios de salud, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad en dichas madres así como del producto de la concepción.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar las complicaciones obstétricas más frecuentes que se presenta en las adolescentes del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad Tena en el periodo Agosto 2008 a Julio 2009.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características socio demográficas del objeto a estudiar
- Identificar los antecedentes gineco-obstétricos del grupo de estudio
- Determinar la frecuencia de complicaciones en la primera y segunda mitad del embarazo.
- Identificar las patologías asociadas a las complicaciones obstétricas en dicho grupo de estudio.

III. MARCO TEORICO

Se ha considerado al embarazo en la adolescente como un embarazo de alto riesgo ya que experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido.(3)

Es muy frecuente que las adolescentes por desconocimiento de los síntomas del embarazo, por la irregularidad de los ciclos menstruales a esa edad, por temor, vergüenza, sentimientos de culpa o por otras razones no acuden al control prenatal y si lo hacen es de manera tardía.(5)

Los riesgos médicos asociados al embarazo de las madres adolescentes, determinan el incremento de la morbimortalidad materna-infantil y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años.(5)

Los adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo, o el nacimiento de una criatura muerta.

También es cuatro veces mayor la probabilidad de que mueran por complicaciones del embarazo.(9)

Las patologías maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en el grupo de 16 años y es conocido que la mortalidad materna tiene tasas más altas en las mujeres menores de 20 años.(10)

Se define como complicación obstétrica grave: a la Hemorragia de la primera mitad y de la segunda mitad del embarazo: con pérdida de sangre producida por los siguientes casos:

Embarazo ectópico; mola y aborto; placenta previa; desprendimiento prematuro de la placenta

Entre las complicaciones que provocan muerte en las menores de 20 años se han establecido las siguientes: Hemorragia, Preeclampsia, Eclampsia, Aborto complicado.(9)

Por su parte, la morbilidad puede ser clasificada según periodos de la Gestación:

- a. En la primera mitad del embarazo destacan los síntomas de aborto, anemias, embarazo ectópicos
- b. En la segunda mitad del embarazo sobresalen:

Los cuadros hipertensivos, predominando la hipertensión gestacional y la preeclampsia que afecta a la nulípara preferentemente después de las 24 semanas de gestación.

Ella determina riesgo de Retardo Crecimiento Intrauterino (RCIU) y mortalidad fetal.

La expresión más severa de la preeclampsia (PE) puede determinar la aparición de eclampsia.

Las hemorragias asociadas a problemas placentarios tales como:

- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI)
- Placenta previa
- Síntomas de parto prematuro
- Rotura prematura de membranas.(23)

A. COMPLICACIONES DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

1. Aborto

El aborto se ubica habitualmente entre el segundo o tercer lugar de importancia como causa de las muertes maternas, según los datos oficiales.

Más de un tercio de las muertes maternas en adolescentes se deben al aborto.

El desconocimiento del embarazo por parte de padres o tutores, hace que las complicaciones del aborto de las adolescentes se reportan tardíamente, llegando en sumo estado de gravedad a la internación, con mayor mortalidad (shock séptico, anemia extrema, compromiso de vísceras por perforaciones uterinas). (19)

1.1 Definición:

Es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.

La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. (8)

1.2 Tipos

1.2.1 .Amenaza de Aborto

Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.

1.2.2 Aborto en Curso (inevitable)

Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.

1.2.3 Aborto Incompleto

Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.

1.2.4 Aborto Completo

Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.

1.2.5 Aborto Diferido

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.

1.2.6 Aborto Séptico

Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.

1.2.7 Aborto Terapéutico

Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre.

El ACOG lo considera en caso morbi-mortalidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida.(8)

1.3 Etiología

1.3.1 Factores ovulares.

La causa más frecuente de aborto en la población general española es la presencia de anomalías ovulares, destacándose las anomalías cromosómicas y por orden de frecuencia, son las siguientes:

- Trisomía autosómica. Afecta a los cromosomas 13, 16, 18, 21, 22, siendo la más frecuente la del 16. La frecuencia aumenta con la edad materna.
- Monosomía X (45, X o sd. de Turner).
- Triploidías, tetraploidías.

1.3.2 Factores maternos.

- Infecciones: TORCH: (toxoplasmosis, sífilis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple).
- Enfermedades crónicas graves.
- Endocrinopatías
- Desnutrición grave (deficiencia de vit. A, ácido fólico).
- Tabaco, alcohol.
- Toxinas ambientales (arsénico, plomo).

1.3.3 Factores inmunológicos.

Anticuerpos antifosfolípidos, el anticoagulante lúpico y los anticuerpos anticardiolipina están relacionados con una mayor tasa de abortos.

El tratamiento de estas mujeres con heparina y aspirina en baja dosis disminuye la tasa de abortos.

(5)

1.3.4 Factores uterinos.

- Miomas
- Malformaciones uterinas
- Incompetencia cervical.
- Insuficiencia de cuerpo lúteo

1.4 Diagnóstico

Test de embarazo de ayuda en el aborto incompleto.

Ecografía. Es el método de elección: comprobamos si existen movimientos cardíacos embrionarios.

1.5 Tratamiento

Amenaza de aborto: Se suele recomendar reposo relativo y abstinencia sexual.

Aborto en curso o incompleto.: Legrado bajo anestesia general.

No olvidar inmunoglobulina anti-D en caso de que la mujer sea Rh negativa.

En abortos diferidos >12 semanas se debe inducir con prostaglandinas para provocar dilatación, y después realizar el legrado (5)

1.6 Complicaciones del aborto.

- Coagulación intravascular diseminada con fracaso renal.
- Aborto séptico. Se debe realizar legrado inmediato y tratamiento antibiótico de amplio espectro (aerobios y anaerobios).
- La demostración de Clostridium es indicativa de histerectomía.
- Perforación uterina durante el legrado.

2. Gestación Ectópica.

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial, la localización más frecuente es:

- La tubárica con 98%,
- Las localizaciones abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentoso son muy raras.(9)

Es más frecuente en edades comprendidas entre 20 a 29 años

2.1 Embarazo Ectópico no Accidentado:

Gestación ectópica sin rotura y hemodinamia materna conservada.

2.2 Embarazo Ectópico Accidentado:

Gestación ectópica con rotura, con o sin compromiso hemodinámica materno.

2.3 Etiología

El denominador común es el retraso en el transporte del óvulo, ya que se implanta allí donde se encuentre en el 6-7º día post fecundación.

Son factores favorecedores:

- Antecedentes de gestación ectópica.
- Cirugía tubárica previa.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- DIU. Produce un aumento relativo.
- Endometriosis.
- Ligadura tubárica.
- Infertilidad.
- Técnicas de reproducción asistida.

2.4 Localización.

La localización más frecuente es en la porción ampular de la trompa de Falopio

2.5 Clínica

2.5.1 Síntomas

- dolor abdominal
- amenorrea
- síntomas de embarazo
- síntomas gastrointestinales

2.5.2 Signos

- hiperestesia en fosa iliaca afectada
- hiperestesia abdominal
- dolor a la movilización del cervix y masa en anexo
- cambios ortostáticos y fiebre

2.6 Evolución

Depende de la localización:

2.6.1 Ectópico tubárico:

Es posible la reabsorción espontánea con escasa sintomatología.

Ampular:

Al ser la zona más distensible de la trompa evoluciona durante más tiempo.

Generalmente el huevo es expulsado a cavidad abdominal con discreta hemorragia en Douglas: aborto tubárico.

Istmico:

Rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.

Fímbrico:

El huevo progresa hacia cavidad abdominal evolucionando hacia E.E abdominal secundario.

Intersticial:

La rotura uterina es la norma, ocurriendo más tardíamente que el E.E ístmico.

2.6.2 Ectópico ovárico:

Evoluciona hacia la rotura y hemorragia

2.6.3 Ectópico abdominal:

Puede ser abdominal primitivo (muy raro) con fecundación y implantación en peritoneo y órganos pélvico abdominales, o bien, abdominal secundario como evolución de un ectópico fímbrico u ovárico.

Es la única forma posible de que un E.E llegue a término, siendo frecuentes las malformaciones fetales.

Es un cuadro grave, ya que la placenta, buscando nutrición, se inserta en epiplón, intestino e hígado.(29)

2.7 Exploraciones complementarias

Establecido el diagnóstico clínico de sospecha, se debe realizar un test de embarazo, junto a la analítica general y la determinación del grupo sanguíneo, que nos puede mostrar un descenso del hematocrito.

Si la prueba de embarazo resulta positiva, se practica una ecografía para descartar una gestación intrauterina.

Otras exploraciones importantes, que se pueden considerar labor del ginecólogo, se detallan a continuación:

2.7.1 Determinación seriada de β -HCG

Los tests actuales, con anticuerpos monoclonales para la detección de HCG en orina, son bastante sensibles y detectan cifras de 50 mU/ml, con una fiabilidad $\geq 90\%$.

Cuando el test de embarazo en orina resulta negativo, lo indicado es la determinación seriada de β -HCG en plasma.

En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, las cifras de β -HCG se muestran menores o decrecientes, que las de un embarazo normal; lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva.

Se puede afirmar, que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de β -HCG aumentan por debajo del 65%, en el espacio de 48 horas.(30)

2.7.2 Ecografía

Si el test de embarazo o la determinación de β -HCG resultan positivas, se practica una ecografía, para descartar la existencia de gestación intrauterina.

Con la ecografía abdominal suele observarse el saco gestacional intraútero, a partir de la 5ª semana de la última regla normal, y a partir de la 6ª semana es posible observar el polo embrionario y actividad cardiaca.

Cuando los niveles de β -HCG son > 6500 mU/ml y no se observa un saco gestacional intraútero, el diagnóstico del ectópico es muy probable

También se puede observar, la existencia de líquido en el fondo de saco de Douglas, cuya presencia puede ser secundaria, entre otros, al ectópico accidentado.

En este sentido, la ecografía transvaginal de alta resolución ha supuesto un gran avance en el diagnóstico del ectópico, alcanzando un porcentaje de aciertos del 80%, pudiendo detectar tumores anexiales hasta de 10mm.

Se puede afirmar, que existe sospecha de Ectópico, si en una mujer que tiene niveles de β -HCG > 3000 mU/ml, la ultrasonografía transvaginal no detecta un saco gestacional intraútero.(30)

2.7.3 Culdocentesis:

La punción y aspiración del fondo de saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal.

Si en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intraperitoneal, con un valor predictivo positivo del 80-95%.

Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico accidentado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada.

El índice de falsos positivos es del 5-10%.

Con una culdocentesis positiva se puede proceder directamente a una laparotomía.

Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad un ectópico intacto.

El índice de falsos positivos es del 10-15%.

Por todo ello, actualmente la culdocentesis se reserva para circunstancias de urgencia, cuando no se puede realizar una ultrasonografía.(30)

2.7.4 Legrado uterino:

Se procede a realizar un legrado, si las anteriores exploraciones no son concluyentes.

Permite el estudio histológico intraoperatorio del material extraído, y diferenciar entre restos abortivos y endometrio atípico .

Si se confirma la atipia, se puede proceder a realizar la Laparoscopia. (30)

2.7.5 Laparoscopia:

Si la punción del Douglas resulta negativa o no concluyente, la laparoscopia se considera el procedimiento ideal para diagnóstico definitivo del ectópico, y en ocasiones permite también su tratamiento quirúrgico.

2.8 Diagnóstico diferencial

La secuencia diagnóstica descrita del embarazo ectópico, permite establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos ginecológicos como el aborto, la enfermedad inflamatoria pélvica, el cuerpo lúteo hemorrágico o el quiste de ovario accidentado (por torsión o rotura), además de otros procesos pélvicos como la apendicitis.(31)

2. 8.1 El aborto incompleto:

Suele presentar un dolor abdominal de tipo cólico central, la metrorragia es igual o superior a la regla y está precedida siempre de amenorrea.

La exploración general no muestra signos de anemia, y si la hay, está en relación con la metrorragia habida.

Sin embargo, no es raro que un embarazo ectópico sea diagnosticado de aborto incompleto, y la paciente sometida a legrado uterino, siendo el examen histopatológico el que revela el error diagnóstico.

2.8.2 La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):

Es un proceso a menudo bilateral susceptible de tratamiento médico.

Se puede diferenciar del ectópico por la clínica, la analítica y en última instancia por la laparoscopia.

La clínica revela fiebre y leucorrea y la analítica revela leucocitosis con desviación a la izquierda y ausencia de signos de anemia.

Además, la determinación de β -HCG es negativa y en la culdocentesis se obtiene líquido purulento.

2.8.3 El quiste de ovario accidentado:

Suele presentar el mismo cuadro del ectópico accidentado, con la paciente hemodinámicamente inestable, por lo que es difícil diferenciarlos del mismo.

La confirmación del diagnóstico suele realizarse durante el acto quirúrgico.

En este caso el error diagnóstico, no tiene trascendencia, dado que el tratamiento de ambos procesos es quirúrgico.

Otros procesos pélvicos como la apendicitis puede confundirse con el ectópico.

En este caso el tipo de dolor localizado en fosa ilíaca derecha con defensa abdominal, la participación de sintomatología gastrointestinal y los signos de un proceso infeccioso apendicular, orientan el diagnóstico.(30)

2.9 Tratamiento.

Actualmente disponemos de 3 posibilidades en el tratamiento:(31)

2.9.1 Conducta expectante.

Es posible cuando el embarazo ectópico es diagnosticado con prontitud, siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- la cifra de β -HCG debe ser decreciente o baja;
- localización tubárica;
- no evidencia de hemorragia intraabdominal o rotura tubárica;
- diámetro reducido (<4 cm).

Se realiza el seguimiento con β -HCG y ecografías seriadas.

2.9.2 Tratamiento médico con metrotexate.

Se debe emplear en pacientes que cumplan los mismos criterios que para la conducta expectante, pero además se puede usar en gestaciones ectópicas no tubáricas.

Añadimos ácido fólico para prevenir la toxicidad.

El seguimiento también se hará con determinaciones seriadas de β -HCG y ecografía.

2.9.3 Tratamiento quirúrgico:

Salpingostomía laparoscópica, en los casos en los que la trompa esté muy dañada, haya gestación ectópica recurrente o los deseos genésicos estén cumplidos, se extirpa la trompa afectada: salpinguectomía total.

Si hay inestabilidad hemodinámica, practicaremos una laparotomía urgente. (5)

2.10 Prevención

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles.

Sin embargo, un embarazo tubárico (el tipo más común de embarazo ectópico) puede en algunos casos prevenirse, evitando aquellos trastornos que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio.

Lo siguiente puede reducir el riesgo:

- Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades de transmisión sexual
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de salpingitis y de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)

(5)

3. Enfermedad trofoblástica gestacional

Agrupar un conjunto de malformaciones proliferativas de origen placentario relacionadas con el embarazo.

Las ETG tienen clínica, conducta, potencial maligno y pronóstico diferentes con un factor común que es la producción aumentada de HCG- β . (4)

3.1 Clasificación

3.1.2 Mola hidatiforme Completa

Vellosidades coriales con degeneración hidrópica avascular del cito y sincitiotrofoblasto. Ausencia de tejido embrionario o fetal. Patrón 46 XX (90%) o 46XY.

3.1.3 Mola hidatiforme Parcial

Vellosidades coriales con degeneración hidrópica del sincitiotrofoblasto.

Ausencia de tejido embrionario o fetal. Patrón de triploidía (69XXY,69XXX, 69XYY).

3.1.4 Mola Invasora

Neoplasia trofoblástica gestacional con vellosidades coriales que crecen en el miometrio.

De difícil diagnóstico se sospecha ante una hemorragia severa vaginal o peritoneal.

3.1.5 Corio Carcinoma

Neoplasia trofoblástica gestacional maligna de proliferación rápida, forma una masa circunscrita que invade los vasos sanguíneos determinando su carácter metastático a pulmones (50%), vagina (30 a 40 %), pelvis, hígado y cerebro.

Se puede presentar tras un embarazo molar (50-60%), un aborto espontáneo (25%) o un embarazo a término (25%).

3.1.6 Tumor Trofoblástico del Sitio Placentario

Neoplasia trofoblástica gestacional de rara presentación, de crecimiento lento.

Se origina después de un embarazo a término (95%) o de un aborto o embarazo molar (5%).

3.2 Manifestaciones clínicas

- Sintomatología de amenaza de aborto/aborto.
- Dolor hipogástrico.
- Náuseas y vómitos (20-26%).
- Quistes ováricos bilaterales
- Ausencia de latido cardiaco fetal

3.3 Factores de riesgo:

- Hipertiroidismo

- Embarazos molares previos
- Mujeres adolescentes
- mujeres mayores de 30 años
- Preeclampsia temprana <20 semanas .

3.4 Exámen Físico

- Sangrado genital (90-97%).
- Dolor hipogástrico.
- Discordancia de crecimiento uterino (38 a 51%).
- Ausencia de partes fetales a la palpación o ausencia de frecuencia cardiaca fetal

3.5 Exámenes de Laboratorio:

Hcg-β cuantitativa, superior a lo esperado para la edad gestacional.

3.5.1 Ecografía:

- imagen en panal de abejas.
- ausencia de producto y frecuencia cardiaca fetal.
- quistes ováricos teca-luteínicos uni o bilaterales (15-25%)

3.6 Manejo Terapéutico

Evacuación uterina por AMEU (Aspiración manual endouterina) con anestesia paracervical o general de corta duración.

Infusión a goteo IV de SS 0.9% o Lac Rin con 10 UI de Oxitocina a 60 gotas por minuto mientras realiza el AMEU para prevenir la hemorragia y evitar embolias y metástasis.

Control de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos por 2 horas pos AMEU

La paciente no debe embarazarse nuevamente durante un lapso mínimo de 1 año.

Determinación semanal de hcg- cuantitativa hasta obtener tres títulos consecutivos negativos.

Determinación mensual de hcg- cuantitativa por 6 meses.

Determinación bimensual de hcg- cuantitativa por 6 meses más hasta completar el año de seguimiento. Realización de Rx de tórax a los 14 días, a los 6 y 12 meses.(5)

B. COMPLICACIONES DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

1. Amenaza de parto pretérmino

Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas (259 días desde la FUM).

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas.

No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Antecedentes clínicos y obstétricos de:

- edad (< 18 años, >35 años)
- nivel socio económico bajo
- RPM pretérmino o parto pretérmino previo
- sobredistensión uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformaciones uterinas)
- trauma materno
- bacteriuria asintomática / Pielonefritis aguda, ITS / Vaginosis bacteriana
- infección estreptococo grupo B
- neumonía / Paludismo / Fiebre Tifoidea / Apendicitis (8)

1.1 Manifestaciones clínicas:

- Contracciones uterinas (mínimo 3 en 30 minutos) pueden ser dolorosas o no.
- Aumento o cambio en la secreción vaginal
- Sangrado genital.
- Salida de tapón mucoso cervical.
- Borramiento (50%) o dilatación (igual o menor a 3 cm)

1.2 Fisiopatología

- Se atribuyen a un incremento en la contractilidad uterina, maduración cervical (dilatación e incorporación) y activación de la decidua y membranas corioamnióticas

1.3 Exámenes de laboratorio

- Biometría Hemática
- EMO / Urocultivo
- Cristalografía / Gram y fresco de secreción vaginal para la detección de Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia, Streptococo beta hemolítico y gérmenes comunes.
- Las bacteriurias sintomáticas, las cervicitis gonocócicas y vaginosis bacterianas están asociados con amenaza de parto pretérmino.

- Ecografía abdominal para confirmación de peso fetal y edad gestacional, ILA, longitud del cuello del útero.
- Monitoreo fetal electrónico .

1.3 Fibronectina fetal

La presencia de fibronectina (>50 ng/ml) en la secreción cérvicovaginal representa un riesgo incrementado para nacimiento pretérmino, mientras que su excelente valor predictivo negativo es tranquilizador, especialmente dentro de un período de 15 días por lo que es clínicamente útil para descartar nacimiento pretérmino en pacientes sintomáticas.(31)

1.4 Estriol en saliva

El nivel de estriol en suero materno es un marcador de la actividad adrenal fetal.

Tiene un aumento importante 3 o 4 semanas antes del nacimiento tanto en partos de término como en pretérminos.

Los niveles de estriol en saliva se correlacionan con los niveles de estriol séricos . (31)

1.5 Citoquinas cervicovaginales

El trabajo de parto pretérmino ha sido Asociado con concentraciones elevadas en

líquido amniótico de interleukina-1(beta), interleukina-6, interleukina-8 , interleukina 10 y FNT.

Los niveles de interleukina-6 cervical son más altos en las mujeres que tienen su parto dentro de las 4 semanas siguientes de efectuado el test, con valores que disminuyen a medida que aumenta el intervalo al nacimiento.(31)

1.6 Manejo Terapéutico

1.6.1 Si el embarazo es < 37 semanas manejo tocolítico:

1. Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.
2. Indometacina 100 mg vía rectal cada 8 horas (solo en embarazos <32semanas)
3. Maduración pulmonar fetal o 72 horas.

1.6.2 Contraindicaciones de tocolisis:

- Dilatación > 4cm.
- Corioamionitis
- Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp.
- Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal.

- Malformaciones fetales.
- Desprendimiento normoplacentario.(7)

Maduración pulmonar fetal si el embarazo > 24 y < 34 semanas:

Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).

Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

1.6.3 Cerclaje cervical

El cerclaje cervical ha mostrado sólo beneficios en aquellas mujeres con diagnóstico de incompetencia que presentaron antecedentes de tres o más partos pretérmino, pero se encontraron complicaciones asociadas con la cirugía y con el riesgo de estimulación de las contracciones uterinas.

El cerclaje cervical ha sido propuesto como tratamiento una vez que se ha diagnosticado un cervix corto en la ecografía. (32)

1.7 Prevención

Es ideal conocer fundamentalmente la etiología de la enfermedad, incluyendo los factores causales y los que predisponen a la misma y la posibilidad de intervenir.

Es importante que exista la disponibilidad de métodos de detección precoz e intervención médica adecuada para cambiar la evolución perinatal. (23).

Asi también el traslado de la paciente a un centro donde reciba atención adecuada, tratamiento tocolítico para retrasar el parto, antibióticos para prevenir la enfermedad por estreptococo del grupo B y corioanmnionitis y el tratamiento con corticoides.

2. Trastornos Hipertensivos

Complicación que se presenta entre las 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia , dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales.(17)

Las enfermedades hipertensivas son las comunes en las madres adolescentes sobre todo si estas son primigesta.

Los trastornos hipertensivos conducen a una mayor mortalidad fetal y una mas alta proporción de casos de recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

El accidente cerebro vascular es el responsable de aproximadamente el 20% de la mortalidad materna en la eclampsia.

Puede ocurrir también desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en el 10% aproximado de pacientes con eclampsia siendo por lo general severo, con muerte fetal incluso insuficiencia renal con edema agudo del pulmón.(18)

2.1 Clasificación

2.1.1 Hipertensión gestacional

Se define como una:

- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg
- embarazo >20 semanas en mujer previamente normotensa
- proteinuria en 24 h $< a$ 300 mg / tirilla reactiva negativa.

2.1.2 Preeclampsia

Es una complicación relativamente frecuente en el embarazo, y puede presentarse en cualquier momento durante la segunda mitad del embarazo o las primeras semanas posteriores al parto, constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia.

Complica 3 – 5% de los embarazos afecta a la nulípara preferentemente después de las 24 semanas de gestación constituye una de las causas mas comunes de morbilidad materna que conducen una alta mortalidad perinatal, así como tienen una alta incidencia de partos difíciles y de terminación con cesárea.(6)

La preeclampsia es un trastorno multisistémico que se asocia generalmente a presión arterial alta y proteinuria, pero cuando es grave, puede afectar al hígado de la mujer, riñones, sistema de coagulación, o cerebro (Síndrome de Hellp).

La placenta también puede estar afectada, con mayores posibilidades de un crecimiento fetal deficiente y parto prematuro para el bebé.(32)

Se caracteriza por:

- TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg
- embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa

- proteinuria en 24 h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.

2.1.3 Preeclampsia leve

- TA sistólica \geq 140 y < 160 mm Hg. TA diastólica \geq 90 <110 mm Hg
- embarazo >20 semanas
- proteinuria en tirilla reactiva positiva ++, proteinuria en 24 horas positiva.
- Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad

2.1.4 Preeclampsia severa

- Incluye al síndrome de Hellp
- TA sistólica \geq 160 mm Hg. TA diastólica: \geq 110 mm Hg
- embarazo >20 semanas con proteinuria >3g en 24 horas
- Proteinuria en tirilla reactiva ++ /+++.

Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:

- Vasomotores:
cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas <100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda

2.2 Fisiopatología

2.2.1 Cambios Vasculares Uterinos.

La placenta humana es perfundida por numerosas arteriolas placentarias que por acción del trofoblasto intersticial y endovascular migratorio transforma el lecho arterial uteroplacentario en un sistema de baja resistencia, baja presión y alto flujo.

En el embarazo normal, la invasión decidual de las vellosidades trofoblásticas altera las arterias espirales, reemplazándose la capa muscular y elástica por fibrina y citotrofoblasto; los vasos se vuelven gruesos y tortuosos que aumentan la irrigación placentaria, posteriormente los cambios se extienden a los vasos miometriales hasta llegar a la porción radial de las arterias uterinas.

En la Preeclampsia las modificaciones se restringen al segmento decidual de las arterias espirales, conservando el segmento miometrial las fibras elásticas y musculares; así las arterias espirales miometriales conservan su capacidad de respuesta contráctil ante estímulos humorales o nerviosos, de tal forma que se restringe el flujo sanguíneo requerido por la unidad útero-placentaria en los estadios más avanzados del embarazo; implicando un aporte fijo que no responde a las demandas con la consecuente isquemia.(8)

2.2.2 Prostaglandina

En el embarazo normal está aumentada la producción de Prostaciclina (Pc) y de Tromboxano a₂ (Ta₂), pero ambas se mantienen en equilibrio.

La Prostaciclina es producida por el endotelio vascular y por la corteza renal, potente vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria.

El Tromboxano es producido por las plaquetas y el tromboxano, es un potente vasoconstrictor y favorece la agregación plaquetaria.

Ambas sustancias tienen efectos opuestos y participan en la regulación del tono vascular y el flujo sanguíneo.

Se ha sugerido que en el SHE hay un desbalance en la producción y/o catabolismo de la Prostaciclina y el Tromboxano (a favor de este último); siendo responsable de los cambios fisiopatológicos, produciéndose aumento de la resistencia vascular.(8)

2.3 Eclampsia

Se define como el desarrollo de convulsiones en pacientes con signos y síntomas de pre-eclampsia, cuando las convulsiones no se explican por otras causas. Aproximadamente, el 50% de los casos se desarrollan antes del parto, el 25% durante el parto y el 25% restante, en el post-parto.

La causa principal de la eclampsia parece ser el vaso-espasmo cerebral grave. También se ha relacionado con este proceso la encefalopatía hipertensiva. (32)

Se caracteriza por:

TA \geq 140/90 mm Hg en embarazo $>$ 20 semanas con proteinuria en tira reactiva +/++/+++ , en 24 horas $>$ 300 mg mas convulsiones tónico clónicas o coma.

2.4 Hipertensión arterial crónica

- TA \geq 140/90 mm Hg

- embarazo <20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto
- proteinuria en tirilla reactiva negativa.

2.5 Síndrome de Hellp

- Variante de la Preeclampsia severa (PA diastólica >90 mm Hg
- embarazo >20 semanas
- proteinuria en 24 h > a 300 mg / tirilla positiva.

Criterios diagnósticos:

- Hemólisis (H)
- elevación de enzimas hepáticas (EL)
- disminución de plaquetas (LP) (8)

Completo: los tres criterios diagnósticos.

Incompleto: uno o dos de los criterios diagnósticos.

2.6 Clasificación

a. Clase I: plaquetas: < 50 000 plaquetas/mm³, ldh: >600 UI/L, TGO, TGP O AMBAS: >70 UI/L.

b. Clase II: plaquetas: > 50.000 y < 100.000 plaquetas/ mm³ ,LDH: >600 UI/L • TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.

c. Clase III: plaquetas: >100.000 y <150.000 LDH: >600 UI/L, TGO, TGP o ambas: >40 UI/L.(8)

2.7 Diagnóstico de trastornos Hipertensivos del embarazo

TA diastólica >90 mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas.

Si el parto es un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor en las dos tomas.

- Reflejos osteotendinosos positivos: escala de 0 a 5.
- Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan.
- Actividad uterina presente o no.

2.8 Exámenes de laboratorio

2.8.1 Evaluación materna:

Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina,(Anemia hemolítica con esquistocitosis) recuento plaquetario (<150.000/mm³), grupo y factor, TP, TTP, HIV (previo consentimiento informado).

Evaluación de la función renal: creatinina, urea, ácido úrico, EMO, Urocultivo, proteinuria en tirilla reactiva, si es positiva solicite proteinuria en 24 horas.

Evaluación hepática: transaminasas (TGO, TGP > 40 UI/L), bilirrubinas, (>1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta) deshidrogenasa láctica (LDH: >600 U/L).

Evaluación metabólica: Glucosa.

Ecografía hepática en sospecha de hematoma subcapsular.

Electrocardiograma, ecocardiograma, fondo de ojo, clearance de creatinina en hipertensión crónica.

2.8.2 Evaluación fetal:

- Perfil Biofísico y/o flujometría doppler en >28 semanas.
- Monitoreo fetal Electrónico a partir de 28 semanas. (4)

2.9 Manejo Terapéutico

Uso de sulfato de magnesio para prevención de eclampsia:

- Dosis de impregnación: 4 g so4 mg iv en 20 minutos.
- Dosis de mantenimiento: 1g/hora iv en bomba de infusión de preferencia.

Esta indicado:

En toda preecláptica independiente de la presencia de sintomatología vasomotora o neurológica.

En hipertensión gestacional exclusivamente si la paciente presenta sintomatología vasomotora o neurológica importante que anticipe eclampsia.

Con el uso de Sulfato de Magnesio vigilar:

Frecuencia cardíaca materna,

Frecuencia respiratoria,

Reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales

La diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) por la excreción renal del Sulfato de Magnesio es necesario mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis ecláptica(9)

2.9.1 Tratamiento de Crisis Hipertensiva

Si TA diastólica >110 mm Hg administrar:

Hidralazina 5 – 10 mg iv en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. dosis máxima 40 mg IV.

Nifedipina 10 mg vo, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg.

Si no se controla la TA con Nifedipina e Hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo.(8)

2.9.2 Tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo

- Alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h; o
- Nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o
- Nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h.

2.10 Vía de interrupción

La vía vaginal debe recomendarse a las mujeres con preeclampsia leve o severa, particularmente en embarazos mayores de 30 semanas..

En general el diagnóstico de preeclampsia severa no es indicación de cesárea; se debe realizar cesárea electiva en toda mujer con preeclampsia severa y embarazo menor de 30 semanas, que no están en trabajo de parto (score de Bishop desfavorable), en fetos con RCIU menores de 32 semanas y condiciones cervicales desfavorables.(31)

2.10.1 Indicaciones de finalización del embarazo independientemente de las semanas de gestación

Maternas:

- Trombocitopenia progresiva.
- Persistencia de HTA severa, a pesar del tratamiento.
- Incremento progresivo de la proteinuria.
- Signos de alarma de Eclampsia.
- Eclampsia.
- Oligoanuria.
- Complicaciones maternas graves (EAP, hemorragia cerebral, ruptura hepática).
- DPPNI.
- IRA.
- CID.

Fetales:

- Registro cardiotocográfico patológico.
- Madurez pulmonar confirmada.
- Complicaciones Fetales:
 - Insuficiencia Utero-placentaria.
 - Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
 - Bajo peso al nacer (BPN).
 - Sufrimiento fetal agudo (SFA).
 - Prematurez
 - Mortalidad fetal.

2.8 Acciones encaminadas por parte del personal de salud

En el manejo, son esenciales el diagnóstico precoz que incluye prioritariamente la toma y registros periódicos y adecuados de tensión arterial y la detección de proteinuria, además de la revisión minuciosa de los antecedentes pre-gestacionales relacionados con hipertensión arterial crónica, antecedentes de preeclampsia, eclampsia en embarazos anteriores y/o historia familiar de trastornos hipertensivos en el embarazo; control prenatal exhaustivo así como búsqueda rutinaria de signos o síntomas clásicos (edema, cefalea, visión borrosa, acúfenos).

La aplicación estricta de los protocolos terapéuticos establecidos especialmente en lo que se refiere al uso del Sulfato de Magnesio y Antihipertensivos (hidralazina, nifedipina o alfametildopa, según sea el caso y el cumplimiento de los estándares de atención y manejo para este tipo de complicaciones es esencial. (24)

3. Ruptura prematura de membranas

Es la disolución de la continuidad de las membranas ovulares, acompañada de emisión transvaginal de líquido amniótico antes de inicio del trabajo de parto en un embarazo mayor de 20 semanas de gestación.(26)

La ruptura prematura de membranas es una causa importante de morbi-mortalidad perinatal y materna, puesto que tras una ruptura prolongada, el riesgo que el feto y el recién nacido presente infección pasadas las 24 horas oscila entre 5 y 25 de los casos

El principal factor determinante de morbi-mortalidad perinatal es la inmadurez del recién nacido también incrementa el riesgo de presentaciones podálicas.

En la ruptura prematura de membranas puede haber prolapsos de cordón o partes fetales lo que aumenta el número de resoluciones por cesárea.

La infección es una de las causas de morbilidad materna, cuya gravedad está relacionada a la duración del periodo de latencia, es decir el tiempo transcurrido entre el momento que se produce la ruptura y el parto.(26)

La latencia después de la ruptura prematura de membranas es generalmente corta e inversamente proporcional a la edad gestacional en que se rompen las membranas.

Entre más temprana sea la edad del embarazo en que se rompen las membranas, mayor es el periodo de latencia.

Las pacientes con infección intrauterina tienen su parto antes que las no infectadas, y los recién nacidos con sepsis tienen una mortalidad perinatal cuatro veces mayor en relación con los que no tienen sepsis.(31)

De todas las pacientes con ruptura prematura de membranas antes de las 34 semanas de gestación con ausencia de tratamiento, 93% tendrá su parto en la primera semana.

Las pacientes en trabajo de parto con evidencia de corioamnionitis, afectación fetal, muerte fetal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta requieren nacimiento inmediato. (30)

Cuando existe dilatación cervical importante entre las 23 y 34 semanas de gestación y el feto no está en presentación cefálica, existe riesgo elevado de prolapsos del cordón umbilical, Apgar bajo y pH más bajo del cordón umbilical, comparados con los fetos en presentación cefálica. (30)

Periodo de latencia:

Tiempo transcurrido desde el momento en que se rompen las membranas hasta el momento en que se inicia el trabajo de parto.

El 80% tiene un periodo de latencia de máximo 72 hrs.

En pacientes con ruptura prematura de membranas se ha observado que el periodo de latencia es más corto y hay mayor riesgo de desarrollar corioamnionitis, endometritis y sepsis neonatal.

3.1 Clasificación

3.1.1 Oportuna: la que sucede al término del primer periodo de trabajo de parto e inicio del segundo (dilatación completa).

3.1.2 Artificial: procedimiento realizado bajo la indicación precisa de manera instrumental y durante el primer periodo de trabajo de parto.

3.1.3 Retardada: aquella que no se presenta después de 30 minutos de alcanzada la dilatación completa.

3.1.4 Completa: cuando tanto el amnios como el corion se rompen en el mismo sitio.

3.1.5 Incompleta: si el amnios se rompe por arriba del orificio interno y el corion en la luz del mismo

3.2 Etiología

La causa de la ruptura prematura de membranas pretérmino no se conoce con claridad; sin embargo, la infección coriodecidual o inflamación parecen tener un papel importante.

La infección por estreptococos del grupo B y la vaginosis bacteriana se han asociado con ruptura prematura de membranas pretérmino.

Además del efecto proteolítico de las bacterias, existe un efecto inflamatorio pronunciado en respuesta a la infección.

La infección se ha demostrado por cultivos positivos de líquido amniótico y corioamnioitis histológica.

La infección intrauterina resulta de la colonización ascendente de la vía genital, que activa los neutrófilos y macrófagos con producción de citocinas, que promueve la producción de proteasas, prostaglandinas, metaloproteasas, apoptosis y debilitamiento de las membranas.

Existen estudios que demuestran que las bacterias tienen la capacidad de cruzar las membranas corioamnióticas intactas.

Se ha descrito que la interleucina 6 y el factor estimulador de colonias de granulocitos en suero materno pueden ser marcadores útiles de infección en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino.

3.3 Factores de riesgo

- Infecciones de transmisión sexual
- Infecciones urinarias
- Índice de masa corporal bajo
- Tabaquismo
- Parto pretérmino previo
- Distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple
- Nivel de evidencia socioeconómico bajo
- Conización cervical-cerclaje cervical-amniocentesis,
- Deficiencias nutricionales de cobre y ácido ascórbico

3.4 Causas desencadenantes

Hipertonía uterina por desprendimiento prematura de placenta normoinserta o administración errónea de oxitócicos, contracciones de Braxton-Hicks intensas, movilidad brusca de los miembros en las presentaciones pélvicas y situaciones transversas, etc.

3.5 Fisiopatología

Un fenómeno inflamatorio por infección local ocasiona, por un lado, disminución de la elasticidad y resistencia de las membranas y, por el otro, un incremento de la síntesis de ácido araquidónico, precursor de las prostaglandinas de acción uterotrópica, que aumentan el número e intensidad de las contracciones uterinas.

Ejerciendo presión sobre las membranas con elasticidad disminuida.

La invasión microbiana de la cavidad amniótica está asociada con un aumento significativo de la inmuno -reactividad a MMP-9 en el líquido amniótico.

Los microorganismos liberan proteasas y fosfolipasas que predisponen a la ruptura prematura de membranas mediante la disminución en la capacidad de distensión de las membranas.

3.6 Cuadro clínico

Salida de líquido intravaginal de forma brusca sin causa aparente, indolora, continua, en cantidad variable que aumenta con el ortostatismo, deambulación, cambios de posición, contracciones uterinas y con el rechazamiento y desplazamiento lateral de la presentación, la sensación de humedad perineal continua hace el diagnóstico en más del 90% de los casos.

El líquido amniótico puede ser translúcido, opalescente, a veces lechoso, en ocasiones con vérmix caseoso, lanugo o meconio.

Al examen físico evitar el tacto vaginal pues este aumenta dramáticamente el riesgo de infección y disminuye el periodo de latencia.

Solo existe una justificación para realizar el tacto y es evaluar las condiciones del cérvix en pacientes trabajo de parto o embarazo de término.

3.7 Diagnóstico

- Disminución del tamaño del fondo uterino y aumento de la prominencia del feto a la palpación.

- Al tacto vaginal se sospecha al no tocar el colchón hídrico entre la presentación y los dedos del explorador o al tocar el cuero cabelludo, miembros o el cordón umbilical. Colección de líquido en los fondos de saco.
- Especuloscopia vaginal que evidencie líquido amniótico en fondo de saco posterior. Salida de líquido amniótico con la maniobra de Tarnier (exploración ginecológica con espejo vaginal, donde se corrobora la salida de líquido amniótico por el canal cervical, si no sucede, se desplaza lateralmente la presentación para facilitar la salida de líquido).
- Prueba de cristalografía: El líquido amniótico formará un patrón de cristalización similar a las hojas de helecho.
- PH del líquido amniótico en papel de nitracina. En presencia de líquido amniótico, este papel se torna azul, lo que muestra un pH alcalino
- Muestras de secreciones cervicales para cultivo Gram y fresco.
- Biometría hemática: leucocitosis
- EMO Urocultivo ,PCR – VSG ,HIV
- ECOGRAFIA: Valora índice de líquido amniótico: Oligohidramnios.
- Monitoreo fetal electrónico (29)

3.8 Diagnóstico-diferencial

- Hidrorrea gravídica
- Vaginitis
- Aumento de secreción de líquido vaginal e incontinencia urinaria.

3.9 Complicaciones:

Trabajo de parto prematuro, Desprendimiento prematuro de placenta Corioamnionitis , Endometritis.

Sepsis-puerperal.

Complicación fetal más frecuente: Prematurez, hipoplasia pulmonar, muerte neonatal, hipertensión pulmonar, neumotórax, distocias de contracción, trabajo de parto prolongado, prolapso de cordón y trauma obstétrico.

3.10 Tratamiento

El objetivo del manejo de la paciente con RPM es disminuir la mortalidad materna - perinatal secundaria a infección y prematurez.

La evaluación inicial de la paciente requiere confirmar el diagnóstico, establecer edad gestacional, peso y presentación del feto, buscar datos de infección, madurez pulmonar y establecer el bienestar fetal.(31)

Si el embarazo es >34 semanas y no se espera el parto antes de 12 horas:

Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto

Ampicilina 2g IV y luego 1g cada 4 horas por 7 días o hasta el parto

clindamicina 900 mg iv cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en alérgicas a la penicilina.

Si el embarazo es <34 semanas:

Antibioticoterapia con Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto.

Tocolisis con Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.

3.10.1 Maduración Pulmonar con:

Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).

Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato ringer, solución salina 0.9%), control de curva térmica y exámenes seriados cada 24 horas a 48 horas para determinar parámetros infecciosos que indiquen terminación del embarazo (7)

4. Hemorragias asociadas a problemas placentarios

4.1 Placenta previa.

Consiste en la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, pudiendo ocluir el orificio cervical interno, es la primera causa de hemorragia del III trimestre.

4.1.1 Incidencia:

- Más frecuente en multíparas
- 1/250 embarazos posteriores a la semana 24 de gestación
- Mujeres mayores (>35)

4.1.2 Factores de riesgo

- Mujeres con cirugías uterinas anteriores o partos por cesárea
- Tabaquismo
- P- P. en embarazos anteriores
- Mujeres con fibromas
- Multiparidad
- Aborto previo
- Anemia
- Distocias de presentación
- Malformaciones congénitas
- Endometritis
- LUI previo

4.1.3 Frecuencia de las diferentes clases de placenta previa

- Placenta previa total: 23-31%
- Placenta previa parcial: 21-33%
- Placenta previa marginal: 37-55%

Según su situación se clasifican en:

- Oclusiva total: el OCI está totalmente cubierto por la placenta.
- Oclusiva parcial: la placenta cubre parcialmente el OCI.
- Marginal: la placenta llega al borde del OCI, pero no lo sobrepasa.
- Lateral o de inserción baja: la placenta no llega al OCI

4.1.4 Manifestaciones Clínicas:

- Hemorragia de color rojo brillante
- No se acompaña de dolor abdominal de comienzo súbito aumenta conforme avance la edad gestacional o al iniciar la contractilidad uterina

Tono uterino habitualmente normal, no hay sufrimiento fetal pero puede haber retardo en el crecimiento uterino o riesgo de prematurez.

4.1.5 Presentación Clínica

- Presentación de nalgas, hombros y mixtas...35%
- Presentaciones transversas, el 60%
- Presentación de nalgas y mixtas 24%

4.1.6 Diagnóstico

- Anamnesis, examen físico
- Especulocopia: *No realizar tactos vaginales*
- Ecografía.; 98% localización, Dg equivoco después de la semana 32

4.1.7 Diagnóstico diferencial

- Desprendimiento normo placentario
- Desgarro de vasa previa
- Rotura uterina

4.1.8 Tratamiento.

Esperar mientras no haya riesgo ni para la madre ni para el feto.

Inducir el parto cuando aparezca riesgo o cuando el feto esté maduro.

Preferir la vía vaginal siempre que la placenta no obstruya el canal (placenta oclusiva total = cesárea)

En caso de feto pretérmino, la actitud será expectante.

Se ingresará a la paciente, pautándose corticoides para la madurez pulmonar fetal, y si tiene contracciones y el sangrado no es importante, se pueden administrar tocolíticos.

No obstante, si a pesar de ser el feto pretérmino, la hemorragia es muy abundante o hay signos de sufrimiento fetal, se realizará una cesárea urgente.

En los casos de placenta oclusiva menos de un 10% del OCI y la paciente esté de parto se provocará amniorrexis con el findeque, al descender la presentación se cohiba la hemorragia.

Se puede intentar un parto vaginal .

No dar tocolítics si existe hemorragia severa (5)

4.2 Desprendimiento de la placenta

Es la separación prematura de la placenta normalmente inserta en el útero.

Sinónimos:

Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), desprendimiento prematuro de placenta y abruptio placentae.(4)

4.2.1 Estadística

- Uno por ciento de los embarazos
- Más frecuente en multíparas
- Más frecuente en >35 años

4.2.2 Causas

- Preeclampsia
- Trauma
- Amniocentesis
- Bloqueo epidural
- Consume de cocaína

4.2.3 Clasificación

FORMA EXTERNA (20%):

La hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina, sin exteriorizarse; el desprendimiento puede ser completo con complicaciones graves.

FORMA OCULTA (80%):

Hemorragia que fluye a través del cuello uterino; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal.(8)

- Desprendimiento de placenta normo inserta GI:
DPPNI <11%, leve, marginal o muy pequeño, provoca sangrado escaso (hematoma <150 cc), con irritabilidad uterina, FCF normal y la embarazada no tiene alteraciones hemodinámicas ni de coagulación.
- Desprendimiento de placenta normo inserta GII:

DPPNI del 50%, moderado (hematoma de 500 cc) produce dolor permanente y sangrado vaginal oscuro.

Utero muy irritable con hipertoniá.

La FCF indica compromiso del bienestar fetal y se empieza a consumir el fibrinógeno.

- Desprendimiento de placenta normoinserta GIII:

DPPNI > 50%, severo (hematoma >500 cc) cursa con dolor intolerable, tetania uterina, feto muy comprometido o muerto.

Sintomatología de shock, trastornos de la coagulación con gran consumo de fibrinógeno que puede llevar a CID.

- El cuadro clínico puede llevar a un útero infiltrado de Couveilare, que imposibilita la recuperación contráctil del útero.

4.2.4 Manejo Terapéutico

- Mantener vías aéreas permeables con Administrar oxígeno a 3 litros por minuto por bigotera nasal
- Venoclisis con solución de Hartmann carga rápida
- Control de ingesta y excreta y control de signos vitales cada 15 minutos
- Posición en decúbito lateral izquierdo (5)

5. Parto en la gestante adolescente

Cuando se habla de embarazo adolescente queda claro que los riesgos aumentan para la madre y el feto; algunas de las patologías obstétricas podrían influir en el número de semanas de finalización del embarazo y, por lo tanto, afectar al RN.

Existe riesgo en cualquiera de las edades de finalización del embarazo; pero la morbimortalidad del RN aumenta cuando el embarazo termina antes de las 37 semanas, ya que el organismo fetal no ha completado su desarrollo y maduración funcional, necesarios para su adaptación a la vida extrauterina. (11)

Por otra parte, la pelvis durante el periodo de crecimiento puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con un desarrollo incompleto, lo que implica que las madres adolescentes pueden enfrentar un parto con una pelvis inadecuada.

El hecho de que las jóvenes no presenten un desarrollo físico completo al momento de su embarazo, determina un aumento de las tasas de partos operatorios, los que se deben a

complicaciones como distocias de posición; dilatación estacionaria; estrechez pélvica y sufrimiento fetal agudo, sin embargo, los partos eutócicos aún representan las tasas más elevadas.(10)

En el proceso del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y posición del feto, lo que se ha relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna.

En las mujeres menores de 15 años, el desarrollo de la pelvis no tiene su grado de madurez completa, a raíz de esto existe una incapacidad de ésta para formar un adecuado canal de parto que permita el avance normal del feto a través de él.

Esto aumenta la frecuencia de las posiciones posteriores o transversas incrementando el número de partos operatorios.

Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente, es la estrechez del canal blando, favoreciendo las complicaciones traumáticas del tracto genital (desgarros), lo que implica mayor riesgo de lesiones anatómicas.(12)

La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto, implica un mayor riesgo de partos traumáticos para el feto.

Como consecuencia de los desgarros, aumenta la incidencia de infecciones, dehiscencia y las anemias severas por hemorragias.

6. Partos por Cesárea:

En la adolescencia la pelvis no ha alcanzado su máximo desarrollo, es decir, que es pequeña para permitir el paso de la cabeza del bebe en el momento del parto.

- Partos prolongados y difíciles.
- Partos prematuros.
- Perforaciones en el útero, hemorragias.
- Fuertes infecciones.
- Hemorragia en cualquiera de las etapas del embarazo.

El niño o niña también puede presentar problemas de salud, por ejemplo:

- Nacer antes de tiempo.
- Bajo peso al nacer
- Anemia
- Sufrimiento fetal
- Inmadurez en sus órganos vitales (13)

6. Puerperio

El puerperio en la adolescente es muy complejo, por los problemas de orden perinatal, familiar, legal y social que debe enfrentar.

Estudios referentes a la salud biológica de las madres adolescentes, han demostrado que las patologías más frecuentes presentadas por éstas en el puerperio son las lesiones de partes blandas, infección urinaria y de la reparación quirúrgica y anemias severas.(12)

IV. METODOLOGIA

A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

El estudio se desarrolló en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena en el periodo comprendido Agosto 2008-Julio 2009.

B. VARIABLES

1. Identificación.

- Complicaciones de la primera mitad del embarazo
- Complicaciones de la segunda mitad de embarazo
- Antecedentes Gineco obstétricos
- Enfermedades de riesgo

2. Definición

a. Complicaciones de la primera mitad del embarazo

Son todas aquellas entidades que se presentan en la primera mitad del embarazo como:

- Aborto-amenaza de aborto
- Mola hidatiforme
- Embarazo ectópico

b. Complicaciones de la segunda mitad de embarazo

Son todas aquellas entidades clínicas que se presentan en el segundo trimestre de gestación como:

- Ruptura prematura de membranas
- Preclampsia
- Amenaza de parto pretérmino
- Hemorragias

c. Historia obstétricas :

- **Menarquía:**

Primera menstruación que presenta toda mujer

- **Paridad:**

Número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 20 semanas de gestación que haya tenido la madre

- **Gestas:**

El número de embarazos que haya tenido la mujer a excepción del actual

- **Lugar de control prenatal:**

Se refiere al sitio y/o lugar donde la mujer asistió a que le realicen su control prenatal.

- **Numero de controles prenatales:**

Es el número de veces que la mujer asistió a la atención de su embarazo

d. Características socio-demográficas

- **Edad:**

Número de años cronológicos al momento del parto de la gestante adolescente

- **Estado civil:**

Condición social de vínculo con otro individuo.

- **Instrucción :**

Último año aprobado del máximo nivel alcanzado por la gestante adolescente.

e. Patologías asociadas :

Aquella entidad clínica capaz de incrementar la posibilidad de presentar o desarrollar dichas complicaciones como:

- Infecciones del tracto genital
- Infecciones de vías urinaria
- Anemia
- Cardiopatías
- Diabetes Gestacional

3. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
<p>a. Complicaciones</p> <p>Primera mitad del embarazo</p> <p>Segunda mitad del embarazo</p> <p>Características sociodemográficas</p> <p>Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abortos-Amenazas de aborto • Mola hidatiforme • Embarazo ectópico • APP • R.P.M • Preclampsia- Eclampsia • Hemorragias • 10-13 • 14-16 • 17-19 	<p>Porcentaje</p> <p>Porcentaje</p> <p>Porcentaje</p>

Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Unión libre • Casada • Divorciada 	Porcentaje
Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Universitario 	Porcentaje
Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Porcentaje
c. Antecedentes Gineco		
Obstétricos		
Abortos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Porcentaje
Cesárea	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Porcentaje
Partos	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • primipara • 2 o más partos 	Numérica

<p>Gestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • primigesta • 2 o mas gestas 	<p>Numérica</p>
<p>Control prenatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • menos de 6 controles • 6 a 8 controles • 9 a 11 controles • 12 y más controles • ninguno 	<p>Porcentaje</p>
<p>Lugar de control</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital • Centros de salud • Subcentro de salud • Privados 	<p>Porcentaje</p>
<p>Patologías asociadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I.V.U • Infecciones vaginales • Anemia • Cardiopatías • Diabetes gestacional 	<p>Porcentaje</p>

--	--	--

C. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal

D. POBLACION MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO

El universo de estudio estuvo conformado por 95 adolescentes embarazadas que ingresaron al servicio de Ginecología del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, en el periodo comprendido entre los meses de Agosto 2008- Julio 2009.

E. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

La Fuente de información fue:

En base a las Historias clínicas de las pacientes adolescentes que egresaron del Hospital José María Velasco Ibarra con determinada patología durante su embarazo así como las fichas Perinatales como elemento de registro y de análisis de los casos ocurridos.

Revisión Documental:

La información fue recolectada a través de un Instrumento de recolección de datos conteniendo las variables que permitió darle cumplimiento a los objetivos descritos.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION:

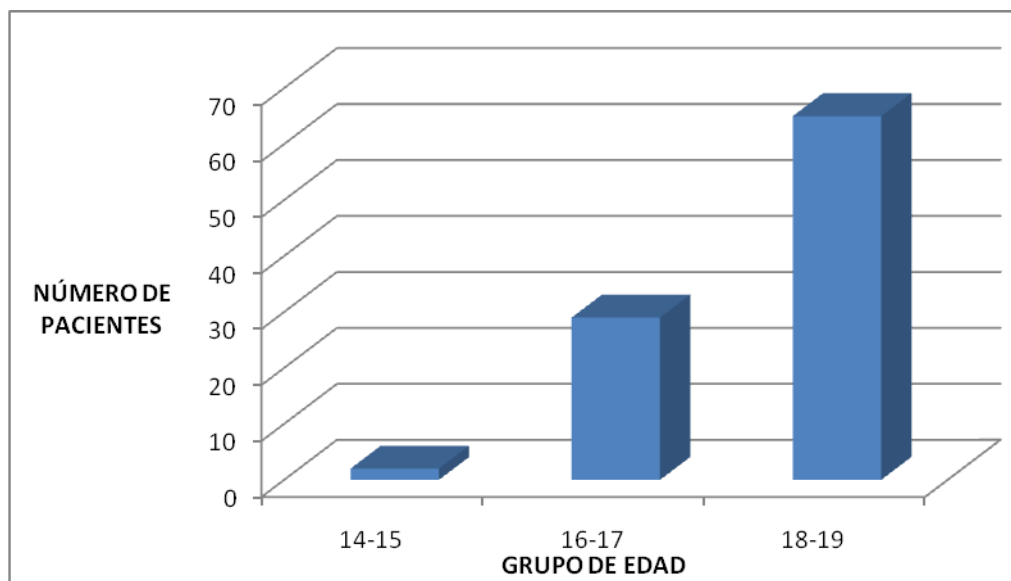
Procedimiento de análisis de datos:

Una vez finalizado el período de recolección de los datos, mediante el análisis y completamiento del expediente clínico y de las fichas epidemiológicas

Con la información obtenida se tabuló la base de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2007, EPI 6, determinando las respectivas complicaciones, antecedentes gineco-obstétricos así como factores predisponentes siendo una vez interpretado los datos con sus porcentajes respectivos y gráficos como: barras, pasteles según los mencionados objetivos planteados dentro de dicha investigación.

VI. RESULTADOS Y DISCUSION

GRÁFICO N° 1.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN LAS ADOLESCENTES GESTANTES



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Observación	Total	Media	Varianza	Desviación.estandar	
95	1695	17,8421	1,028	1,0139	
Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Moda
15	17	18	19	19	18

TABLA No 1.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN LAS ADOLESCENTES GESTANTES

Edad	No de casos	%
14-15	1	1.0%
16-17	29	31%
18-19	65	68%
Total	95	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 20

Elaborado por Jenny Zea

Del total de pacientes se aprecia que la media fue de 17 años , la mediana y la moda de 18 años con una desviación estándar de ± 1.0 .

De la muestra de 95 pacientes se obtuvo que el mayor porcentaje lo ocupan las pacientes de 18 y 19 años de edad con un 68%,seguido de pacientes de 16-17 años con un 31%,luego pacientes de 14-15 años con el 1%, estudio que demuestran que el embarazo en edades tempranas constituye

una situación de alto riesgo debido a la alta incidencia de complicaciones materno- fetales a las que conduce.(20)

Estos datos muestran alguna diferencia con respecto a un estudio realizado en el servicio de Ginecología del HEODRA-León en el hospital de Nicaragua sobre complicaciones obstétricas en donde reportan que el mayor porcentaje lo ocupa las pacientes de 17 y 18 años con un 63%,seguido de pacientes de 19 años con un 21%, 10.6% en adolescentes de 16 años y 3% en pacientes de 14 a 15 años, Sin embargo, también se registran embarazos a los 13 años y, aunque, numéricamente no son significativos, presentan mayor riesgo de complicaciones obstétricas e incluso de muerte.(20)

TABLA No 2.- ESTADO CIVIL EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES

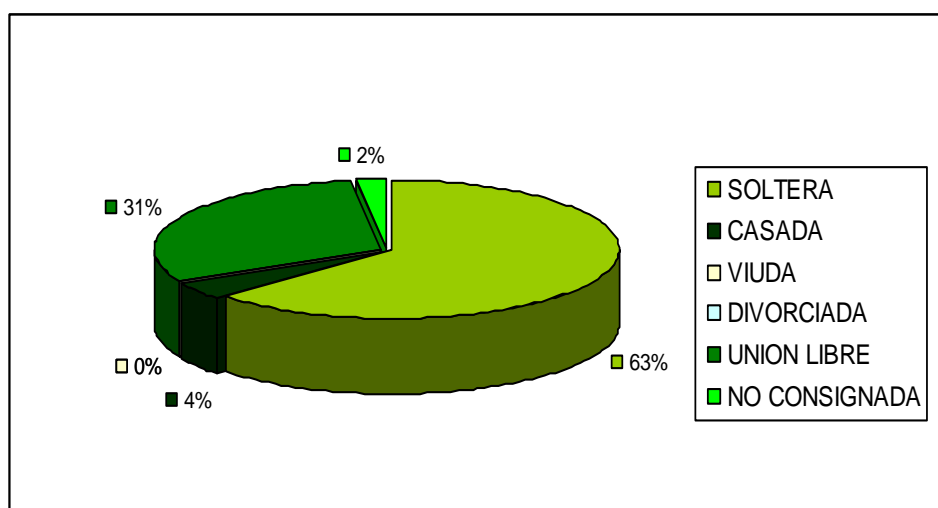
Estado civil	No de casos	%
Soltera	60	63%
Casada	4	4%

Unión libre	29	31%
No consignado	2	2%
Total	95	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRÁFICO N° 2.- ESTADO CIVIL EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Con respecto al estado civil se observa que en este estudio el mayor porcentaje con un 63% ocupan las mujeres solteras, seguido de un 31% de adolescentes en unión libre y un mínimo porcentaje en un 4 % lo constituyen las mujeres casadas.

La unión libre es un estado que es muchas veces inestable por que hay abandono de cónyuge trayendo problemas sociales y económicos y sin ningún bienestar tanto para la madre como el recién nacido por lo que la adolescente muchas veces termina siendo soltera.(18)

En el estudio “Resultados materno-perinatal influenciados por la adolescencia” realizado en Perú se demostró que en cuanto al estado civil, hubo mayor frecuencia de solteras en las adolescentes tempranas.

También se observó que en el grupo de adolescentes tardías el estado civil que predominaba era la unión estable.

Estos resultados se deberían a que en el grupo de adolescentes tempranas el resultado de la gestación es un hecho fortuito, no planificado y que la responsabilidad del embarazo no lo tiene la pareja y es asumida por la familia de la adolescente. (22)

Sin embargo otros estudios realizados en Centroamérica señalan que existe un bajo porcentaje de adolescentes solteras ya que por el tipo de institución que es el seguro social únicamente atienden a madres trabajadoras o beneficiarias y exigen que tengan un compañero de hogar para ser atendidas. (20)

TABLA No 3.- DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LA GESTANTE ADOLESCENTE

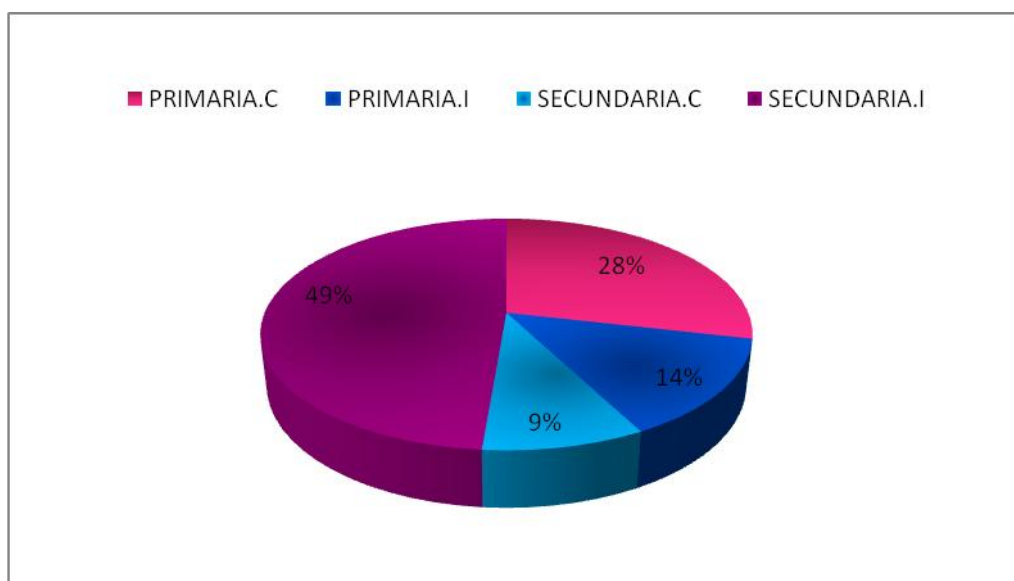
Instrucción	No de casos	%
Primaria. C	27	28%

Primaria. I	13	14%
Secundaria. C	9	9%
Secundaria. I	46	49%
Total	95	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRAFICO N°3.-DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LA GESTANTE ADOLESCENTE



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Respecto a la escolaridad se presenta una mayor proporción de pacientes con instrucción secundaria incompleta 49%, seguida por primaria completa 28%, el 14% no ha completado la primaria, mientras que la proporción es baja con un 9% en adolescentes que culminaron la secundaria.

En el estudio sobre factores socio-demográficos y deserción escolar en adolescentes realizado en el Hospital sub zonal de Argentina se encontró: que el 52 % de las pacientes tenían secundaria

incompleta, 15% de las embarazadas adolescentes tienen primaria incompleta y apenas el 10% secundaria completa.

Todo esto que refleja un aumento preocupante en la deserción escolar por parte de las jóvenes madres, lo cual dificulta considerablemente el retorno al sistema escolar pues las jóvenes deben asumir responsabilidades afectivas y económicas con sus hijos que las alejan del ámbito escolar.

**TABLA No 4.- LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES
GESTANTES**

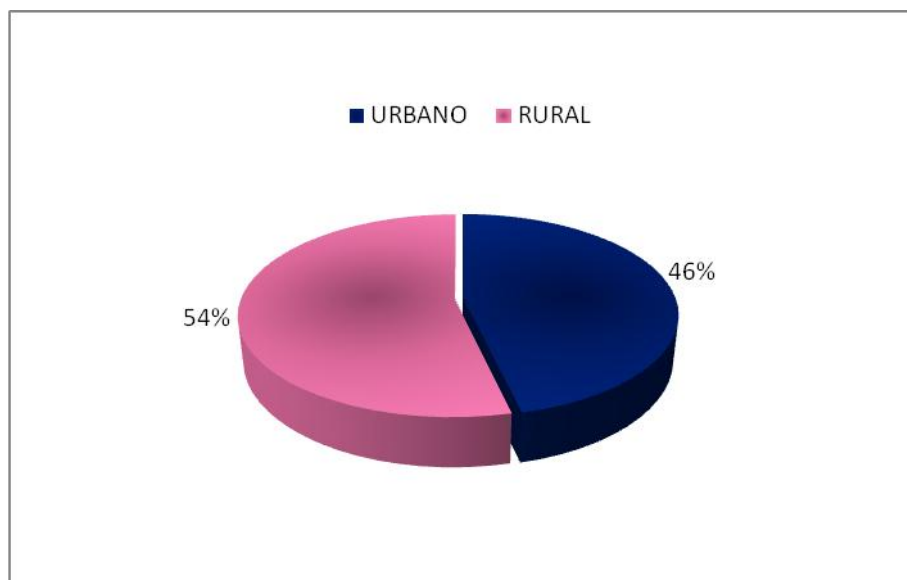
Procedencia	No de casos	%
Rural	44	46%
Urbano	51	54%

Total	95	100%

Fuente: Ficha recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

**GRÁFICO N°4.- LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES
GESTANTES**



Fuente:Ficha de recolección de datos,HJMVI,Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Se observa que el 54% de las gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas provienen del área urbana y el 46% del área rural.

Datos que son similares a un estudio realizado por Alfaro en el Hospital Danilo Rosales en Nicaragua en donde se determinó que el 55 % de las adolescentes eran del área urbana y el 45 % del área rural.(24)

Dicho estudio reporta que las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para

su salud y atención medica así como la falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo a presentar complicaciones durante su embarazo (24)

En el estudio Características obstétricas en las adolescentes realizado en Honduras se demostró que el 74.4% de las pacientes estudiadas procedían del área urbana, esto debe esperarse ya que la mayoría de la población que recibe el hospital es de la misma área. (28)

Los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socio-económicos bajos, en mujeres con menor nivel educativo y que viven predominantemente en áreas rurales. (23)

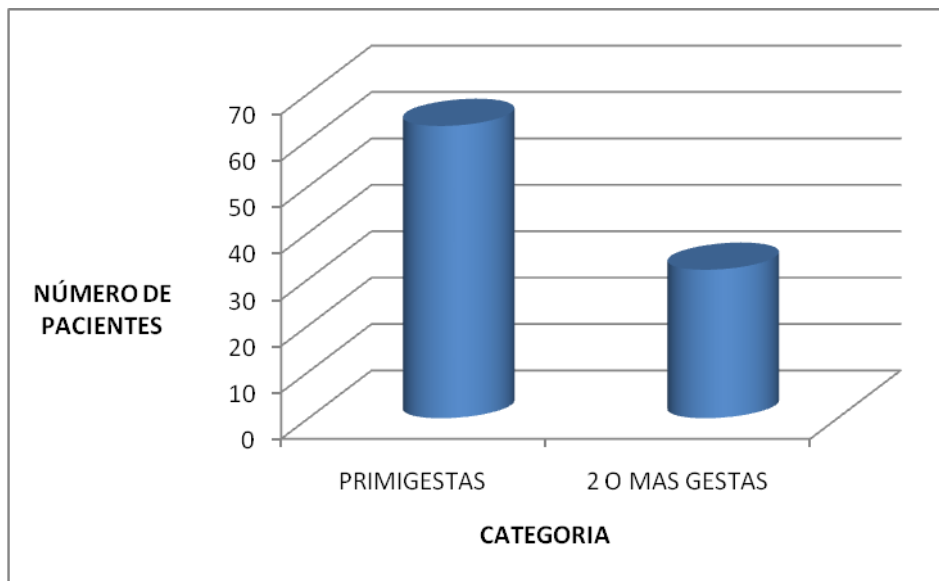
TABLA No 5.-DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE GESTAS EN LAS ADOLESCENTES

Gestas	No de casos	%
Primigesta	63	66%
Dos o más gestas	32	34%
Total	95	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRÁFICO No 5
NÚMERO DE GESTAS EN LAS ADOLESCENTES



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

En relación al número de gestaciones, se obtuvo que un 66% de las adolescentes son primigestas y el 34% cursaba por el segundo embarazo, estudios similares encuentran que la mayoría de adolescentes son primigestas y el máximo de gestaciones es de 2 a 3 gestas.

Así tenemos que en el Hospital San Vicente de Paúl, en Medellín, Colombia, un estudio realizado sobre "OBSTETRICAL AND PERINATAL RESULTS IN ADOLESCENTS" reporta que el 72,9% de las adolescentes eran primigestantes, pero un 25% de ellas tenía embarazos repetidos. (25)

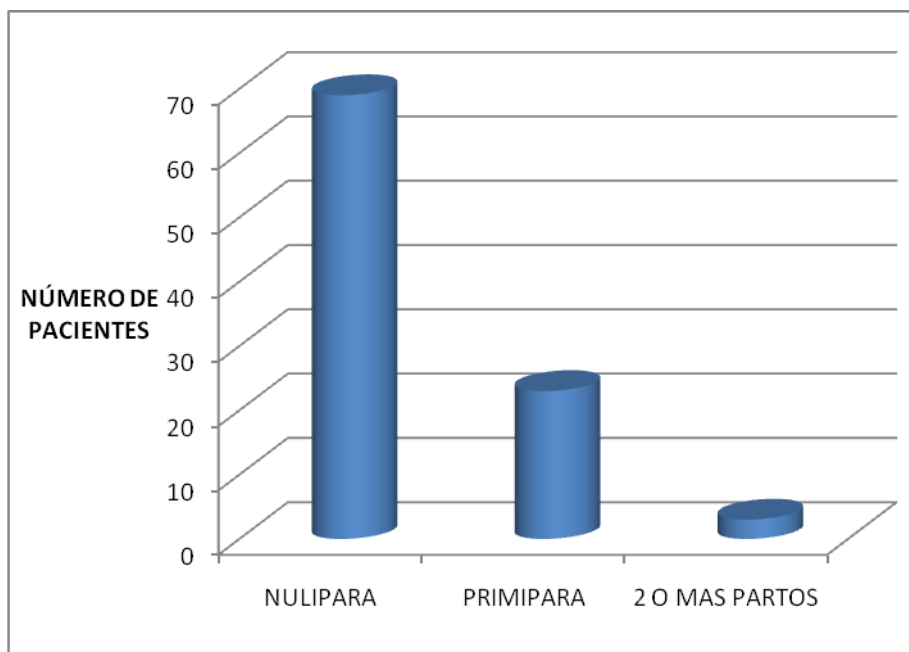
**TABLA No 6.-DISTRIBUCIÓN DE LA PARIDAD EN LA GESTANTE
ADOLESCENTE**

Paridad	No de casos	%
Nulipara	69	73%
Primipara	23	24%
Dos o mas partos	3	3%
Total	95	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRÁFICO No 6.- PARIDAD EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

En cuanto a la paridad se observa que el 24% de las adolescentes son primíparas y el mayor porcentaje lo ocupan las nulíparas con un 73%, y el 3% de las pacientes han tenido 2 o más partos

No así tenemos que en el estudio sobre el embarazo y maternidad en la adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú el mayor porcentaje con un 50% lo ocupan las primíparas.

Según reporta la literatura nacional en la ciudad del Tena hay una tasa muy alta de adolescentes con muchos hijos, lo cual significa que las mujeres empiezan a tener relaciones desde muy temprano aprovechando muchos años de reproducción.(5)

Diversos estudios señalan que el primer parto suele presentar más complicaciones que el segundo o tercero. han demostrado que el porcentaje de primíparas fluctúa entre el 84,2% y el 100%.(22)

TABLA No 7.-DISTRIBUCIÓN DE ABORTOS PREVIOS EN LAS ADOLESCENTES GESTANTES

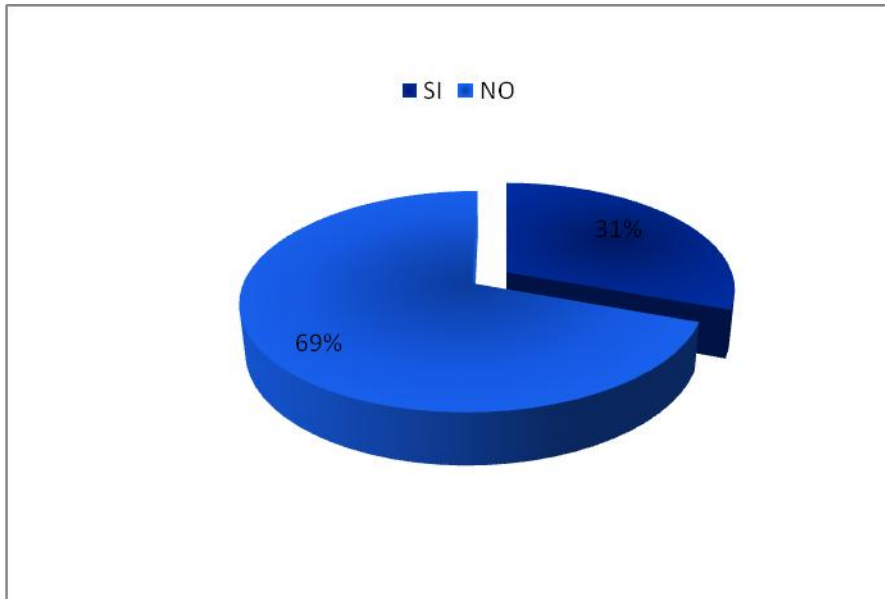
Abortos	No de casos	%
Si	29	31%
No	66	69%
Total	95	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos,HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRÁFICO No 7

ANTECEDENTES DE ABORTOS EN LA GESTANTES ADOLESCENTES



Fuente: Ficha de recolección de datos,HJMVI,Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, el 31% de las adolescentes gestantes presentó abortos previos, la literatura reporta que el ser adolescente más un antecedente de aborto es el doble de riesgo para presentar complicaciones materno-fetales.

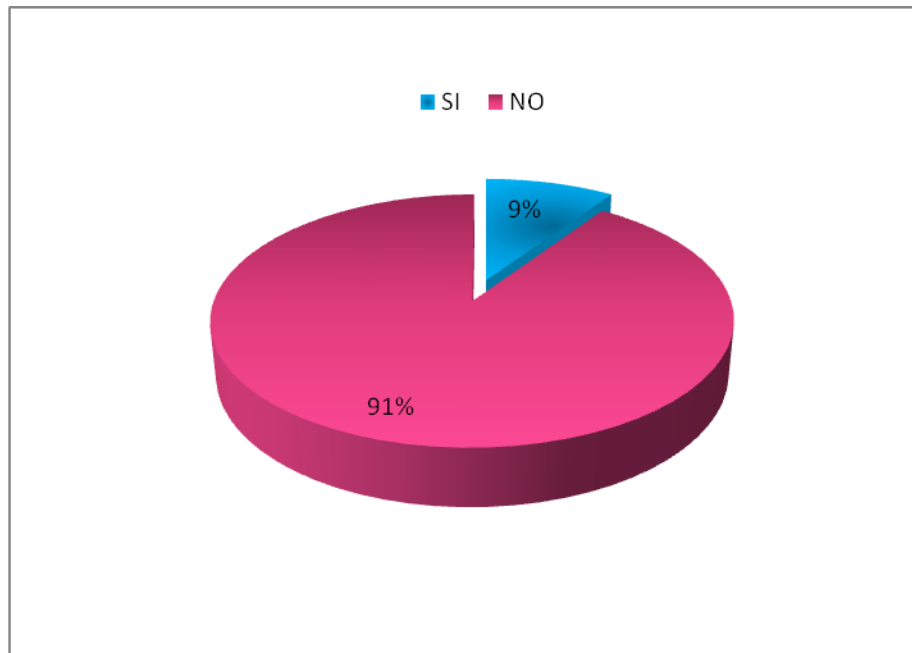
TABLA No 8.- ANTECEDENTES DE CESÁREAS EN GESTANTES ADOLESCENTES

Cesáreas	No de casos	%
Si	9	9%
No	86%	91%
Total	95	100%

Fuente:Fichas de recolección de datos,HJMVI,Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

**GRÁFICO No 8.-ANTECEDENTES DE CESÁREAS EN GESTANTES
ADOLESCENTES**



Fuente:Ficha de recolección de datos,HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

El antecedente de cesárea se observó en un 9% de las gestantes adolescentes con alguna complicación.

En el estudio "COMPLICACIONES PERINATALES EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES" realizado en el Hospital de Guatemala el 7% de las adolescentes gestantes tenían el antecedente de cesárea. Diferencia que no es muy significativa con respecto a nuestro estudio

Estudio que señala que este antecedente debe ser detectado y controlado en buen control prenatal ya que constituye un factor de riesgo para la paciente en el desarrollo de su embarazo y el producto.

(20)

TABLA No 9.- NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN LA ADOLESCENTE

Número de controles	No de casos	%
Ninguno	33	35%
Menos de 6 controles	30	32%
6 a 8 controles	27	28%
9 o más controles	5	5%
Total	95	100%

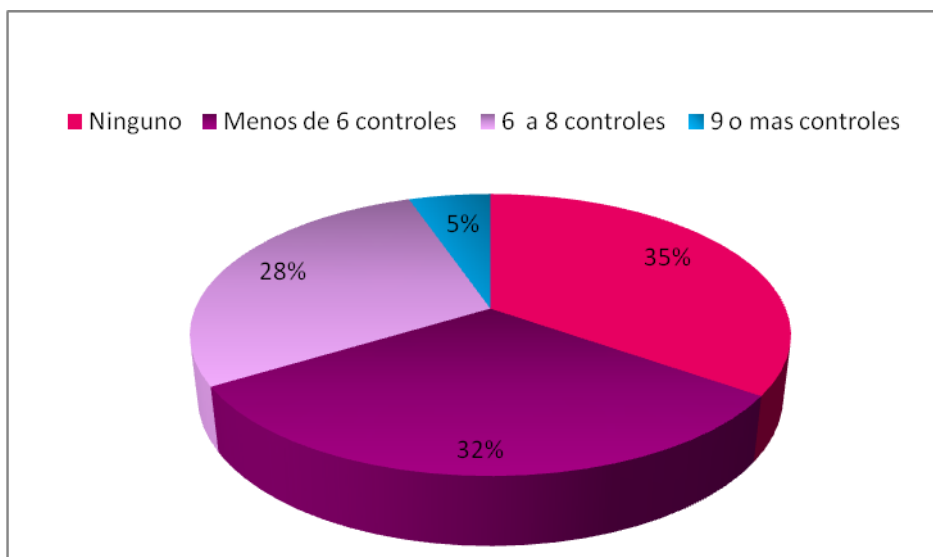
Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Observación	Total	Media	Varianza	Desviación estándar		
95	337	3,5474	9,6759	3,1106		
Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Moda	
0	0	4	6	9	0	

GRÁFICO No 9

CONTROL PRENATAL EN LA ADOLESCENTE GESTANTE



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Del total de pacientes se aprecia que la media fue de 3, la mediana de 4, la moda de 0 con una desviación estándar de 3.11

En nuestro estudio se observa que el 35% de las pacientes no acudieron al control prenatal, el 32% de las adolescentes tuvieron menos de 6 controles, el 28% se realizaron 6 a 8 controles y apenas el 5% tiene más de 9 controles, datos que son similares al estudio realizado en el Hospital Materno-Infantil de Nicaragua donde reportan que el 31,9 de adolescentes no se controlaron su embarazo, el 31% se realizaron menos de 6 controles, el 32% tuvieron más de 6 controles y solo el 4% se realizó más de 9 controles

Dicho estudio menciona que el control prenatal óptimo, puede reducir la mortalidad materna y perinatal y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; sin embargo, las adolescentes tienden a solicitar atención prenatal más tarde debido a la negación inicial del embarazo y a ocultar la noticia a su familia, lo que se traduce frecuentemente en la presencia de factores de riesgo.(24)

Molina en su investigación realizada menciona que las adolescentes asisten a escasos controles prenatales, los cuales se inician a una edad gestacional muy tardía, incluso muchas embarazadas no controlaron su embarazo y el promedio de controles prenatales corresponde a 6,6% de madres adolescentes que no controlaron su embarazo

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo.

En EE.UU, la primera visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes, siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años.

En España al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo

Estos estudios señalan que en países desarrollados del total de mujeres embarazadas, son las adolescentes las que tienen menos asistencia a estos controles, mencionan además que un número mínimo de controles necesarios para embarazos fisiológicos es de cinco a seis, todo esto se contrapone a lo que ocurre en la realidad con las madres adolescentes, ya que en los países en desarrollo, alrededor del 75% de los nacimientos, ocurren sin control prenatal.(23)

Diversas investigaciones en adolescentes embarazadas tanto a nivel nacional como internacional demuestran un deficiente Control Prenatal, ya sea por ausencia o por inicio tardío del mismo, lo cual es grave ya que la falta de educación influye, en la evolución del embarazo.

**TABLA No 10.- DISTRIBUCION DEL LUGAR PRENATAL DE LA ADOLESCENTE
GESTANTE**

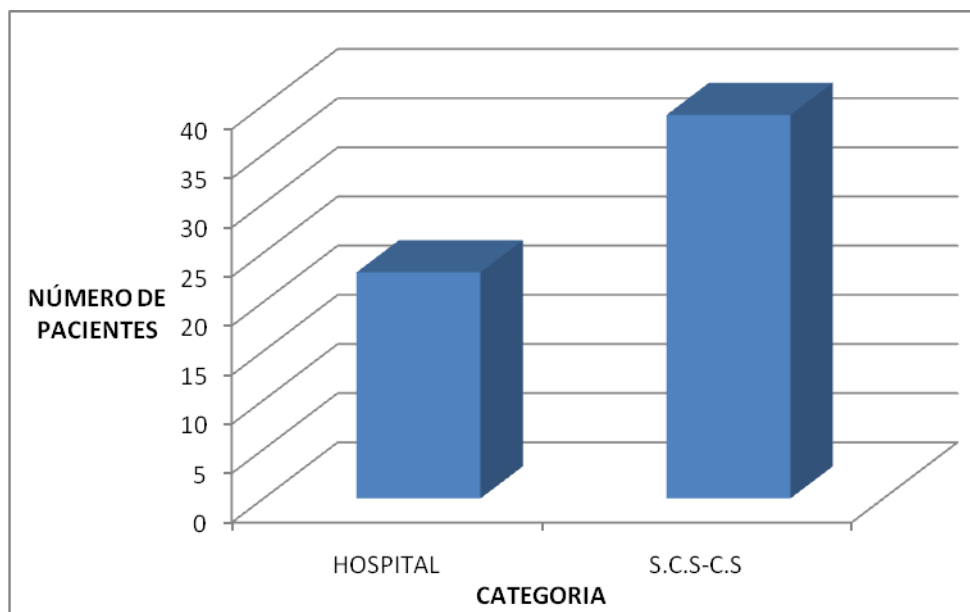
Lugar de control	No de casos	%
Ninguno	33	35%
Hospital	23	24%
S.C.C - C.S	39	41%
Total	95	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRÁFICO No 10

LUGAR DE CONTROL PRENATAL DE LA ADOLESCENTE GESTANTE



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008-Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

Se observa que de 63 pacientes que tuvieron algún control prenatal 41% de ellas acudieron a los Centros y Subcentros de salud ,mientras que las 24% de mujeres acudieron al Hospital

Emily en su estudio sobre control prenatal observó que los principales obstáculos para tener acceso a un Hospital son las dificultades económicas, la necesidad de cuidar otros hijos, las dificultades con la transportación y las esperas en colas.(5)

No así tenemos que en el estudio realizado en Salamanca España, 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 40% lo son fuera de él.(23)

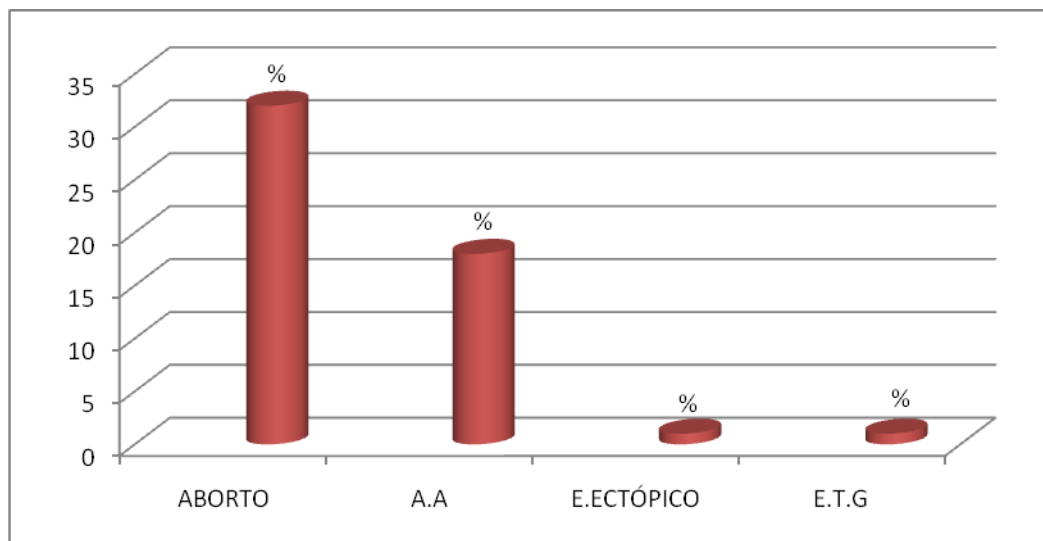
TABLA No 11.- COMPLICACIONES DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Complicaciones de la primera mitad del embarazo	No de casos	%
Aborto	32	33%
Amenaza de aborto	18	19%
Embarazo ectópico	0	0%
Mola hidatiforme	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008- Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRÁFICO No 11.-COMPLICACIONES EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE



Fuente: Historias Clínicas, HJMVI, Tena Agosto 2008- Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

En nuestro estudio se observa que las complicaciones en la primera mitad del embarazo en orden de frecuencia fueron:

El Aborto con un 68%, seguida de la Amenaza de Aborto con un 32% no existe casos de Embarazo ectópico y Mola Hidatiforme en adolescentes.

En cuanto al embarazo ectópico nuestro estudio coincide con la literatura revisada donde mencionan que las mas afectadas son mujeres de 20 a 39 años. (29)

Con respecto a la Enfermedad trofoblástica gestacional algunos estudios señalan que dicha complicación es mas frecuente en mujeres de edad avanzada multipara o con mola previa .(4)

Así tenemos estudios realizados en nuestro medio como es el Hospital Andrade Marín donde se señala que la complicación obstétrica mas frecuente en la adolescente con un alto porcentaje lo constituyen los abortos la misma que requiere una atención garantizada por la cantidad de legrados que se efectúan (27)

En Guayas se registra el índice más alto en los entes estatales, pues en esta provincia la relación es de un aborto por cada cuatro partos e incluso hay instituciones –como la maternidad Mariana de

Jesús, en el suburbio de Guayaquil– que atendieron en el 2008 un aborto por cada tres embarazadas adolescentes

Solo en la maternidad de la Junta de Beneficencia de Guayaquil abortaron 15.121 adolescentes en los últimos ocho años y 5.376 tenían menos de 15 años.

Un estudio en Chile mencionan que las complicaciones que mas se presentaron en la primera mitad del embarazo con mayor frecuencia en las adolescentes fueron; abortos, amenazas de aborto (23)

En México, en el 2002, 2/3 de los egresos hospitalarios por abortos correspondieron a adolescentes, no así en Venezuela, en el mismo año, el 12% de las muertes maternas fueron por abortos en adolescentes.

El aborto, en algunos estudios, no difiere de otras poblaciones obstétricas , mientras que en otros sí es más frecuente y señalan que aproximadamente la tercera parte de todas las mujeres que acuden al hospital para recibir asistencia médica por complicaciones a causa del aborto son menores de 20 años; por otra parte las adolescentes embarazadas, demoran la búsqueda de ayuda, lo que produce un alto índice de morbilidad y mortalidad como resultado de un aborto en la etapa avanzada de la gestación.(19)

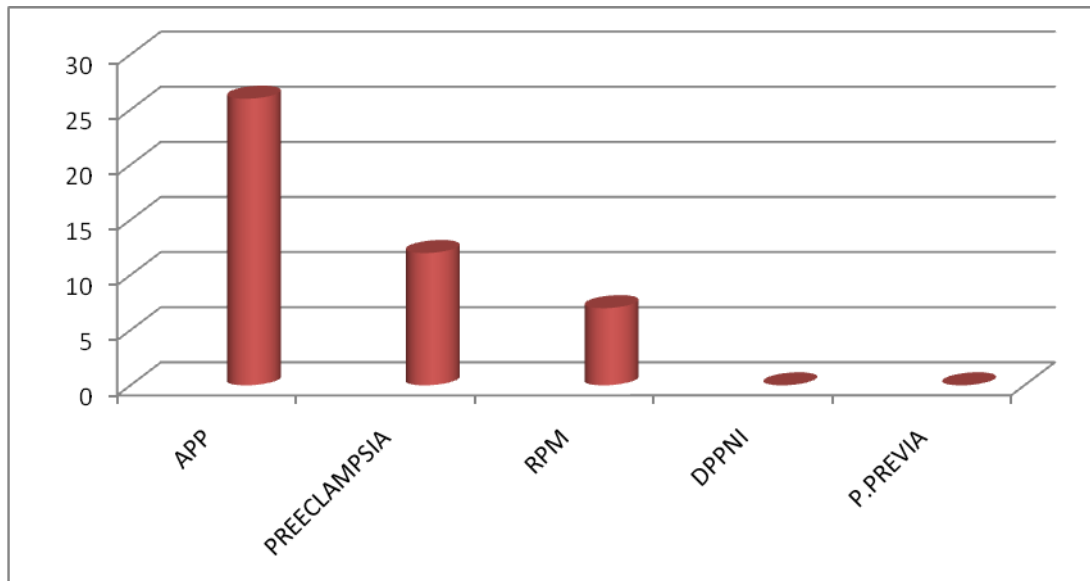
TABLA No 12.- COMPLICACIONES DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Segunda mitad del embarazo	No de casos	%
A.P.P	26	27%
Preeclampsia	12	13%
R.P.M	7	7%
D.P.P.N.I	0	0%
Placenta previa	0	0%
Total	45	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008- Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

GRÁFICO No 12.-COMPLICACIONES EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE



Fuente: Historias Clínicas, HJMVI, Tena Agosto 2008- Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

En nuestro estudio se observa que las complicaciones en la segunda mitad del embarazo en orden de frecuencia fueron:

La Amenaza de parto Pretermino con el 57% ,le sigue la Preeclampsia con un 26% y la Ruptura Prematura de Membranas con un 15 %,no existieron casos de D.P.P.N.I ni Placenta previa en el grupo de estudio.

Estos datos coinciden con otros estudios realizados en donde reportan que una de las principales causas de hospitalización en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl en Medellín fue la amenaza de parto prematuro, en las adolescentes con un 53%.

Según la literatura, las adolescentes son más susceptibles de tener un parto Pretermino lo que hace relación con el mayor porcentaje de prematuridad observado en los hijos de madres adolescentes.(25)

Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.(26)

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es la preeclampsia, sin embargo, un estudio internacional menciona que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas(26)

En el Hospital San Vicente de Paúl en Medellín el porcentaje de preeclampsia en adolescente fue del 15,4% se observa una diferencia del 10,6% con respecto a nuestro estudio.(25)

El Hospital Central de Maracay (Aragua) no se escapa de esa realidad ya que más del 20% de las pacientes padecen de preeclampsia (23)

En [México](#), la preeclampsia también es la complicación más frecuente del embarazo adolescente , la incidencia es de 47.3 por cada 1 000 nacimientos y es además, la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia.(23)

En otros estudios reportan que las complicaciones obstétricas más frecuentes en el grupo adolescente fueron la ruptura prematura de membranas, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.

Contrariamente, el desprendimiento prematuro de placenta así como placenta previa se presentaron con mayor frecuencia en la mujer adulta lo que coincide con nuestro estudio. (20)

Erich Salin en su estudio "Prevención del parto prematuro en embarazadas" señala que las pacientes con RPM son multigestantes y tienen antecedentes personales de I.V.U; siendo estas características, factores de riesgo para padecer RPM según.(30)

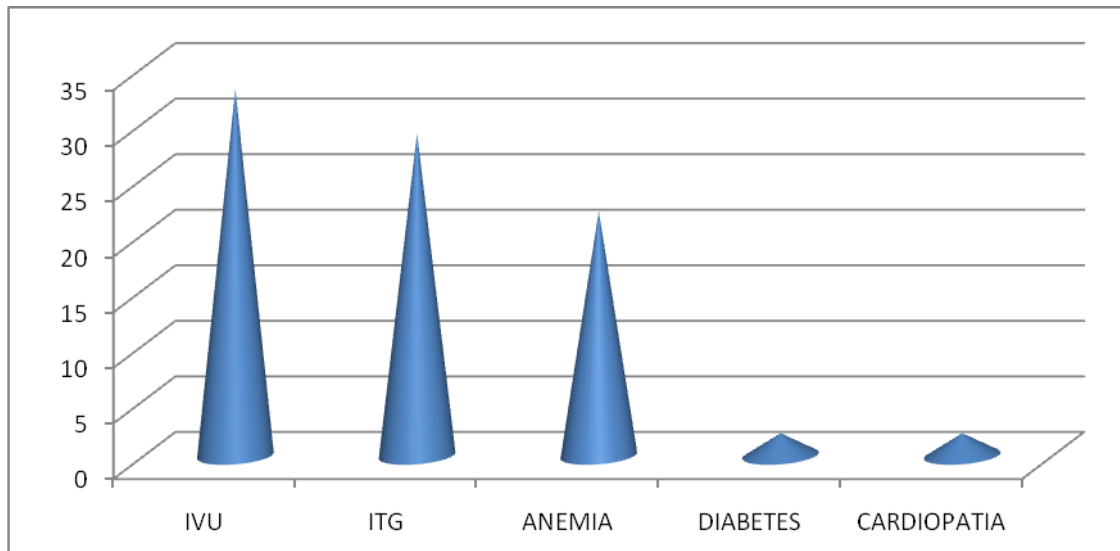
**TABLA No 13.- PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN ADOLESCENTES CON COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS**

Patologías asociadas	No de casos	%
I.T.U	35	37%
I.T.G	33	35%
Anemia	27	28%
Diabetes gestacional	0	0%
Cardiopatía	0	0%
Total	95	100

Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008- Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

**GRÁFICO No 13.-PATOLOGIAS ASOCIADAS EN ADOLESCENTES CON COMPLICACIONES
OBSTETRICAS**



Fuente: Ficha de recolección de datos, HJMVI, Tena Agosto 2008- Julio 2009

Elaborado por Jenny Zea

En cuanto a las patologías asociadas en adolescentes con complicaciones obstétricas el presente estudio muestra una mayor de frecuencia de Infección de vías urinarias, en segundo lugar lo ocupan las infecciones del tracto genital y la anemia en tercer lugar, no existieron casos de Cardiopatía ni de Diabetes Gestacional en las pacientes de estudio.

Se reportan diferentes incidencias según estudios realizados así tenemos:

La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 22% y 23% respectivamente, y esta diferencia es estadísticamente significativa.(23)

En México las patologías más frecuentes en las adolescentes que complicaron el embarazo se señala la anemia, las infecciones vaginales.(26)

Cuando la anemia es severa, se la ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de peso bajo al nacimiento, así mismo en sectores de bajo nivel social y cultural el déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica.

La vulnerabilidad a las infecciones genitales en la adolescente con actividad sexual es mayor que en las mujeres adultas, con el consabido riesgo para nacimiento pretérmino en quienes no se realiza diagnóstico e intervención terapéutica oportuna (26)

EDAD	CASADA	NO CONSIGNADO	SOLTERA	UNION.LIBRE	TOTAL
-------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------	--------------

15	0	0	1	0	1
Fila	0	0	100	0	100
Columna %	0	0	1,7	0	1,1
16	0	0	11	0	11
Fila %	0	0	100	0	100
Columna %	0	0	18,3	0	11,6
17	0	0	16	2	18
Fila %	0	0	88,9	11,1	100
Columna %	0	0	26,7	6,9	18,9
18	0	2	22	13	37
Fila %	0	5,4	59,5	35,1	100
Columna %	0	100	36,7	44,8	38,9
19	4	0	10	14	28
Fila%	14,3	0	35,7	50	100
Columna %	100	0	16,7	48,3	29,5
TOTAL	4	2	60	29	95
Fila%	4,2	2,1	63,2	30,5	100
Col %	100	100	100	100	100

TABLA No 14.-DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD EN RELACION AL ESTADO CIVIL

Se aprecia que con respecto al estado civil existe un mayor porcentaje de pacientes solteras en un 33,6% que corresponden prácticamente adolescentes de 18 años.

TABLA No 15.-NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES VS GRADO DE INSTRUCCIÓN

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	PRIMARIA COMPLETA	PRIMARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	TOTAL
0	14	9	1	9	33

Fila %	42,4	27,3	3	27,3	100
1	0	1	0	1	2
Fila %	0	50	0	50	100
2	2	0	1	3	6
Fila %	33,3	0	16,7	50	100
3	1	0	0	3	4
Fila %	25	0	0	75	100
4	1	0	1	3	5
Fila%	20	0	20	60	100
5	7	3	0	2	12
Fila%	58,3	25	0	16,7	100
6	2	0	2	13	17
Fila %	11,8	0	11,8	76,5	100
7	0	0	2	3	5
Fila %	0	0	40	60	100
8	0	0	1	4	5
Fila %	0	0	20	80	100
9	0	0	2	4	6
Fila %	0	0	33,3	66,7	100
TOTAL	27	13	10	45	95
Fila %	28,4	13,7	10,5	47,4	100

Se observa que el 42,4% de las adolescentes no tienen ningún control prenatal que corresponden a pacientes que han terminado la primaria

TABLA No 16.- EDAD VS NÚMERO DE PARTOS

ANTECEDENTES DE PARTOS

EDAD	0	1	2	TOTAL
15	1	0	0	1
Fila %	100	0	0	100

Columna %	1,4	0	0	1,1
16	11	0	0	11
Fila %	100	0	0	100
Columna %	15,9	0	0	11,6
17	18	0	0	18
Fila %	100	0	0	100
Columna %	26,1	0	0	18,9
18	26	11	0	37
Fila %	70,3	29,7	0	100
Columna %	37,7	47,8	0	38,9
19	13	12	3	28
Fila %	46,4	42,9	10,7	100
Columna %	18,8	52,2	100	29,5
TOTAL	69	23	3	95
Fila %	72,6	24,2	3,2	100
Columna %	100	100	100	100

Se aprecia que las pacientes con 1 o 2 partos lo constituyen pacientes de 19 años de edad

TABLA No 17.- EDAD VS PRESENTACIÓN DE ABORTOS

ABORTOS

EDAD	SI	NO	TOTAL
15	1	0	1
Fila %	100	0	100
Columna %	3	0	1,1
16	9	2	11
Fila %	81,8	18,2	100
Columna %	27,3	3,2	11,6
17	10	8	18
Fila %	55,6	44,4	100
Columna %	30,3	12,9	18,9
18	7	30	37
Fila %	18,9	81,1	100
Columna %	21,2	48,4	38,9
19	6	22	28
Fila %	21,4	78,6	100
Columna %	18,2	35,5	29,5
TOTAL	33	62	95
Fila %	34,7	65,3	100
Columna %	100	100	100

Se aprecia que el 55,6% de las pacientes de 17 años presentó el mayor porcentaje de abortos 30,3% en relación a las otras edades.

TABLA No 18.-PRESENTACIÓN DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO VS LUGAR DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	RURAL	URBANA	TOTAL
SI	5	21	26
Fila %	19,2	80,8	100
Columna %	11,4	41,2	27,4
NO	39	30	69
Fila %	56,5	43,5	100
Columna %	88,6	58,8	72,6
TOTAL	44	51	95
Fila%	46,3	53,7	100
Columna %	100	100	100

Se observa que el 80,8% de las gestantes adolescentes presentaron amenaza de parto pre-termino y de esta la mayor parte provienen del área urbana 41,2%

TABLA No 19.- ESTADO CIVIL VS INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

ESTADO CIVIL	SI	NO	TOTAL
CASADA	3	1	4

Fila%	75	25	100
Columna %	8,6	1,7	4,2
NO CONSIGNADO	1	1	2
Fila %	50	50	100
Columna %	2,9	1,7	2,1
SOLTERA	23	37	60
Fila %	38,3	61,7	100
Columna %	65,7	61,7	63,2
UNION.LIBRE	8	21	29
Fila %	27,6	72,4	100
Columna %	22,9	35	30,5
TOTAL	35	60	95
Fila %	36,8	63,2	100
Columna %	100	100	100

Se aprecia que el mayor porcentaje de infección de infección del tracto urinario son las pacientes solteras en un 38,3% con respecto a los demás

VII. CONCLUSIONES

- Existe un alto porcentaje de pacientes embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones en la primera mitad del embarazo siendo el más frecuente los abortos con un 33%
- Entre las complicaciones de la segunda mitad del embarazo con el mayor porcentaje lo constituye la amenaza de parto pre término con un 27%.

- La mayoría de pacientes con mayor ingreso al hospital por complicaciones lo constituyen adolescentes de 17-19 años, además el hecho de que alguna de ellas ya presentaba su segundo embarazo o con algún antecedente previo.
- El estado civil de las madres adolescentes, se ha observado una disminución de las uniones legales y un aumento de las uniones consensuales.pero existe un gran porcentaje de madres solteras
- Con relación a la escolaridad, destaca que un 9% cuenta con secundaria completa sin embargo, impresiona constatar que el 49% de las gestantes se encontró con educación media incompleta, lo que podría revelar un alto porcentaje de deserción escolar. Este hecho agrava la situación social y económica tanto de las madres como de sus hijos, pues muchas de ellas, al no concluir sus estudios, ven aminoradas sus posibilidades de optar a mejores oportunidades laborales y, por ende, a una mejor calidad de vida.
- Se observa que las gestantes adolescentes proceden del área urbana con una diferencia del 8% mayor con respecto al área rural.
- Existe un porcentaje de pacientes que acuden a su control prenatal en un 65%, sin embargo el número de pacientes que no asiste al control, lo cual es un número importante presentó alguna complicación ,por lo que definitivamente el control prenatal es esencial en la detección de problemas durante el embarazo.
- De las pacientes que tuvieron algún control prenatal el 40% lo hicieron fuera de el (Centros Sub-centros de Salud) mucha de las pacientes confrontan obstáculos para obtener acceso al hospital sobre todo aquellas pacientes provenientes del área rural esto quizás se deben a las dificultades económicas, la necesidad de cuidar a otros hijos, las dificultades con la transportación y las esperas en las largas colas
- En cuanto a los antecedentes gineco -obstétricos la mujer adolescentes es principalmente primigesta 66%, nulípara en un 77 %.

- Con respecto a las patologías que se encontraron en pacientes adolescentes con complicaciones obstétricas están las infecciones de vía urinaria del tracto genital y la anemia en si estas patologías desencadenen de dichas complicaciones.

VIII. RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas de educación en salud como educación sexual a adolescentes para que conozcan los riesgos biológicos, sociales y económicos que conlleva los embarazos durante la adolescencia.

- Fomentar la asistencia al control prenatal adecuado en cada unidad de salud a pacientes adolescentes, con la finalidad de detección temprana de complicaciones que pudieran presentarse y brindar tratamiento adecuado.
- Educar a la paciente embarazada adolescentes que asiste a su control prenatal sobre los riesgos inherentes del embarazo en estas edades, para que ella puede estar atenta a cualquier anomalía durante la gestación.
- Establecer un adecuado nivel de transferencia y contratransferencia entre el nivel primario y secundario a fin de asegurar una precoz y adecuada atención con factores de riesgo
- Continuar con estudios que profundicen sobre este grupo en especial para obtener mas resultado, con la finalidad que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad materno infantil y contribuir a una mejor atención y cobertura a las pacientes que asisten a la atención en los centros de gineco-obstetricia
- Aportar los recursos necesarios para mejorar la consulta de planificación familiar preconcepcional, prenatal y posnatal de las adolescentes.
- Ofrecer servicios de alta calidad, al igual que métodos anticonceptivos apropiados y accesibles
- Crear centros de salud exclusivos para la adolescentes embarazada donde se pueda brindar información y atención integral, contando con instrumental adecuado para estos fines y personal especializado capacitado y eficiente
- Recolectar completamente la información que las normas técnicas y guía de atención exigen incluir dentro de la historia clínica, para dar cumplimiento a estas, hacer un análisis mas completo de la condición clínica de la paciente ya que no se obviarían posibles factores de riesgo y facilitaría futuras investigaciones en esta área.
- Realizar la evaluación del estado nutricional de la embarazada utilizando la curva ya que su incumplimiento no permite aconsejar a las pacientes sobre su estado nutricional y la conducta que se debería seguir

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) DIAZ, Amada. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 67(6): 481-487.
- (2) MOLINA, Ruth Factores de riesgo del embarazo y parto en adolescente. Revista Panamericana de la Salud. 20(2): 12-14. 2000
- (3) OPS. El embarazo en la adolescencia y sus riesgos: lineamientos para el diseño

de HARRINSON, Emily. Los factores que contribuyen a la alta incidencia del embarazo en Tena, Ecuador. Fundación CIMAS , 2007. pp. 1-16

- (4) MINI MANUAL DE GINECO-OBSTETRICIA. Hemorragias del primer trimestre. 6ta. ed. México: 2001. pp. 8-20
- (5) DESARROLLO HUMANO ADOLESCENTE: Indicadores socio-demográficos población adolescente. Santiago de Chile, 1999. pp. 18-25
- (6) MOLINA, Roberto. Anticoncepción en la adolescencia: avances y manejo en grupos y situaciones especiales. Hospital de Nicaragua. 2004. pp. 15-17

(investigación)
- (7) ROJAS, Lino; CRUZ, Blanca. Fundamentos de manejo del embarazo de alto riesgo. Riobamba: Edipcentro, 1998. pp. 15-21
- (8) ECUADOR. MINISTERIO DE SALU PUBLICA, Componente normativo materno. Quito: MSP, 2008. pp. 106-170
- (9) MARTINEZ, A. Aún falta educar a los jóvenes: Guayaquil. En: Diario el Comercio. 11 de Diciembre del 2007, núm. 507, pp. 12-14
- (10) JURADO, Ana. Adolescentes del cantón Pedro Moncayo: estudio de las representaciones y prácticas alrededor de la sexualidad y el embarazo precoz: Revista Ecuatoriana de Obstetricia. 23 (2): 10-14. Enero 2007

- (11) SCHWARZ, R. En obstetricia de Schwarz. 6ta ed. Buenos Aires: Ateneo, 2005. pp. 193-229
- (12) USANDIZAGA, J. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2da. ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2004. Pp. 249-331
- (14) OPS. Manual de medicina de la adolescencia. Washington, DC: OPS, 2001. pp. 58-69
- (15) OPS. Manual Clínico. Embarazo en la adolescencia. Washington, DC: OPS, 2001. pp. 27- 30
- (16) TAY, F; PUELL, L. Embarazo en adolescente: complicaciones obstétricas. Revista de Obstetricia. 25 (3): 42-45. Marzo 2004
http://sisbib.unmsm.edu.pe/revistas/ginecologia/vol_45/bib_de_embarazo.htm
2009 06 20
- (17) EMBARAZO PRECOZ. En el Diario Manabita-Noticias de Ecuador. 5 de Enero 2006 pp. 10-12
- (18) LOPEZ, A. Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones obstétricas. Hospital San Vicente de Paúl. Medellin, Colombia, 2000. Pp. 9-15 (investigación)
- (19) PÉREZ, L. Embarazo en adolescente. Hospital. Danilo Rosales. Nicaragua, 2005. pp. 41-42 (investigación)
- (20) RODRÍGUEZ, F. Complicaciones obstétricas en adolescentes. Trabajos originales de Gineco-Obstetricia. Ecuador, 2002. pp. 24-25
- (21) ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Guía de prevención del embarazo en adolescentes. Quito: MSP, 2007. pp. 2-7
- (22) CASAS, J; CHUMBE, O. Embarazo y parto en la adolescente. Revista Peruana de

Obstetricia y Ginecología. 27 (2): 10-13, 2007.

- (23) FLORES C, HERRERA S. Complicaciones en el embarazo, parto, puerperio. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Santiago de Chile 5 (1).Diciembre 2002.
- (24) OMALLY, J; BLANDON, A. Riesgos en el embarazo adolescente. Hospital Materno Infantil de Nicaragua. 2002. pp.12-15. (Investigación)
- (25) BOJANINI, B. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 55(2): 114-121. Enero 2005
- (26) ROMERO C. Complicaciones en madres adolescentes. Artículos Chilenos Originales de Ginecología y Obstetricia. 12 (4): 17-21. Junio 2004
- (27) CALLE, A; CRUZ, P. Un perfil epidemiológico obstétrico servicio de alto riesgo Obstétrico en el hospital "Carlos Andrade Marín. Revista Medica Ecuatoriana. 4(7): 58-61. Enero 2005
- (28) LARA K, ROMERO, J. Características obstétricas de las adolescentes embarazadas. Revista Ecuatoriana de Ginecologia y Obstetricia. 6(1): 25-27. Enero-Abril 2004
- (29) GONZÁLEZ, Merlo. Manual de Obstetricia. 3ª edición. México: Salvat, 2001. pp. 42-44
- (30) MEJIA, JUAREZ; R. Manejo del embarazo de alto riesgo. Hospital Materno- Infantil de Nicaragua. 2003. pp. 22-30
- (31) TAMAYO, C; SIERRA, C. Manejo de complicaciones obstétricas. Revista de Ginecología y Obstetricia. La Habana, Cuba. 9 (2):11-15. Julio 2006
- (32) MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Componente Normativo Materno Quito: MSP, 2008. pp. 44-48

X. ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CONDICIONES SOCIO-DEMOGRAFICAS

Edad de la madre

15 años: ()

16 años: ()

17 años: ()

18 años: ()

19 años: ()

Instrucción

- Primaria incompleta: ()
- Primaria completa: ()
- Secundaria Incompleta: ()
- Secundaria Completa: ()

Estado civil

- Soltera: ()
- Casada: ()
- Unión libre: ()
- Divorciada: ()

Lugar de procedencia

- Urbano: ()
- Rural: ()

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

- Gestas: ()
- Partos: ()
- Abortos: ()
- Cesáreas: ()

Número de controles prenatales

- Ninguno: ()
- Menos de 6: ()

- De 6 a 8 controles: ()
- Mas de 9 controles: ()

Lugar de control prenatal

- Hospitales: ()
- Centro-Subcentro de Salud: ()

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Abortos: ()

Amenazas de aborto: ()

Embarazo Ectópico: ()

Enfermedad Trofoblastica Gestacional: ()

COMPLICACIONES DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Amenaza de parto Pretermino: ()

Preeclampsia: ()

Ruptura prematura de membranas: ()

Placenta previa: ()

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta: ()

PATOLOGÍAS ASOCIADAS:

Anemia: ()

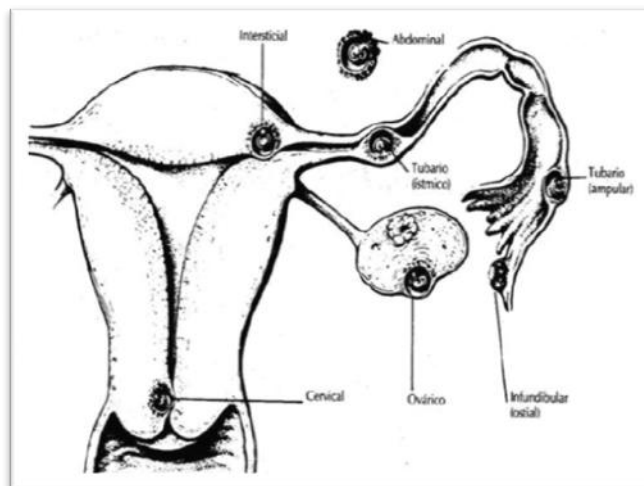
Infecciones del tracto urinario: ()

Infecciones del tracto genital: ()

Cardiopatías: ()

Diabetes Gestacional: ()

Anexo No 2



Sitios de implantación del embarazo ectópico

Anexo No 3



Imagen fotográfica de Mola Hidatiforme Completa

Anexo No 4



Imagen fotográfica de Mola Hidatiforme Parcial

Anexo No 5



Imagen fotográfica de Mola Invasora

Anexo No 6

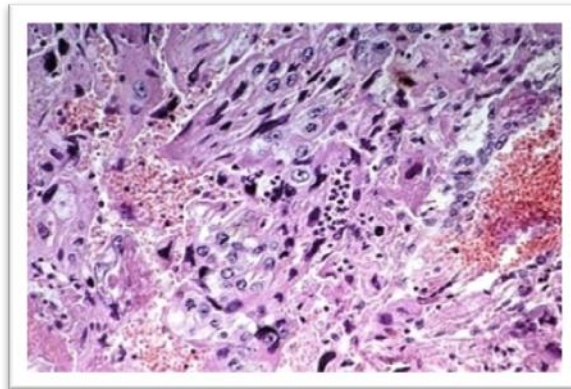


Imagen histológica de Coriocarcinoma

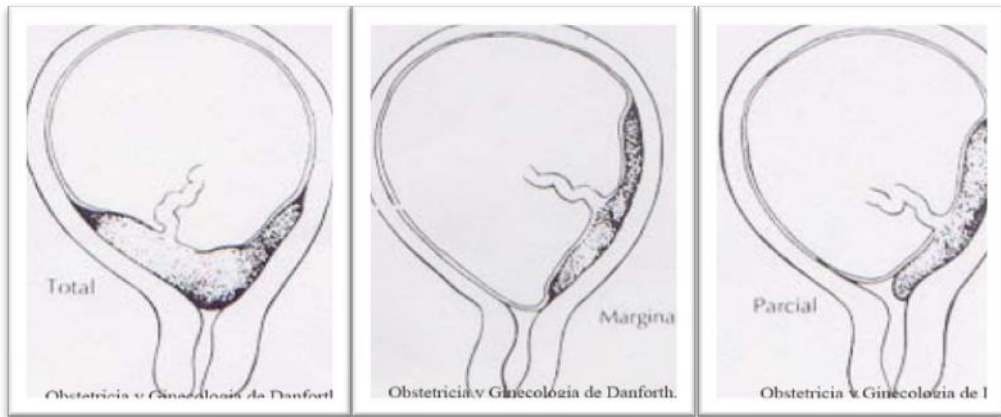
Anexo No 7



Imagen ecográfica de Mola Hidatiforme

Anexo No 8





Ubicación de la placenta

Anexo No 9

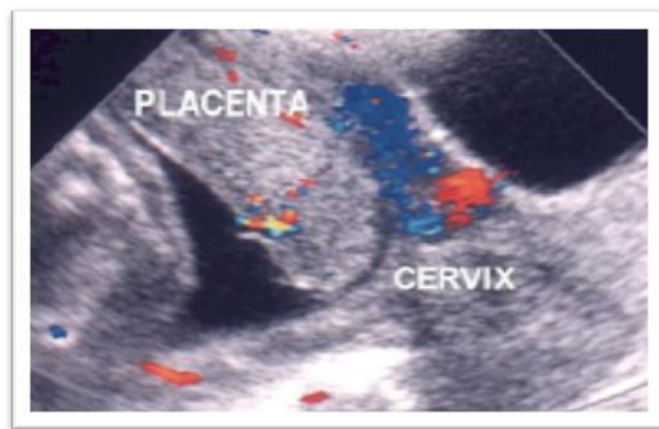


Imagen fotográfica de placenta previa