



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**•CARACTERIZACIÓN DE LAS DOS PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS MÁS
FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE
12 A 17 AÑOS DE EDAD EN LA MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE
SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013•**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE
OBSTETRA**

AUTOR:

SRTA. SHARON DE LOS ÁNGELES ENRÍQUEZ LEÓN

TUTORA:

OBST. ÁNGELA MACIAS GAYTÁN

GUAYAQUIL ó ECUADOR

AÑO 2013

DEDICATORIA

Al Dios Todopoderoso, por ser quien me da fuerzas y sabiduría para
cumplir con mis metas.

A mis padres:

Sr. William Enríquez Sánchez

Sra. Susana León Mora

Por su amor y apoyo incondicional para que pueda ser una persona de bien
y útil a la sociedad.

A mis hermanos

José, Eddy, Mishell y Moisés,

que siempre estuvieron a mi lado

en los momentos difíciles demostrándome su apoyo y amor.

y a mis sobrinos

Ashley, Nathaly, Dayanna, Caleb y Abigail.

AGRADECIMIENTO

El Autor deja constancia de su agradecimiento:

A Dios Todopoderoso por su sabiduría brindada.

A la Universidad Estatal de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia, y a cada uno de sus Catedráticos que me brindaron sus conocimientos y apoyo en mi formación como estudiante.

A la Obstetra Ángela Macías Gaytán, por el apoyo dado para llegar a feliz término de esta Investigación.

A todas y cada una de las personas que de una u otra manera colaboraron para llevar a cabo este trabajo.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia,
Tecnología e Innovación

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TITULO Y SUBTITULO:

AUTOR: Sharon de los Ángeles Enríquez León

REVISORES: Obst. Ángela Macías Gaytán

INSTITUCION: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Medicas

CARRERA: Obstetricia

FECHA DE PUBLICACION:

Nº DE PAGS.

AREAS TEMATICAS:

PALABRAS CLAVES: Patologías, Parto Prematuro, Aborto Espontáneo, Adolescente embarazadas, Mortalidad materna

RESUMEN: El embarazo en la adolescencia es en la actualidad un tópico de amplio interés en la medicina, ya que se ha observado en los últimos años un incremento definitivo de mujeres en labor de parto. Se lo considera como un embarazo de alto riesgo ya que experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y al momento del parto, tanto para la madre así como para el neonato. El Ecuador registra el índice más alto de adolescentes embarazadas de Latinoamérica con una tasa del 17% y en la última década se ha registrado un incremento del 74% de estos casos. Lo que más preocupa es que hay embarazos de niñas de 12 a 17 años, edad en la que en muchos de los casos no concluyen su desarrollo y se corren riesgos de salud, como complicaciones en el embarazo, parto y hasta la mortalidad materna, por lo que se realizó un estudio en el Hospital Enrique C. Sotomayor donde se hizo la comparación entre las diferentes patologías obstétricas para así tener una prueba significativa y estadística de los porcentajes en que se presentan dichas complicaciones. Y se determinó que las dos principales patologías que se presentan en las embarazadas adolescentes son Parto Prematuro con el 10.7% y Aborto Espontáneo con el 8.1%, la edad en que se presentaron con mayor frecuencia estas patologías fue a los 17 años. También se estableció que el Parto Prematuro se resolvió por vía vaginal en el 64% de los casos y por cesárea en un 36%, mientras que el Aborto Espontáneo se resolvió mediante legrado uterino instrumental en el 100% de los casos.

Nº DE REGISTRO:

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN DE URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI: X

NO:

CONTACTO CON AUTOR:

teléfono:
0981755061

e-mail:
sharon_princess89@hotmail.com

**CONTACTO
EN LA INSTITUCION**

Nombre:

Teléfono:

E-mail.

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es en la actualidad un tópico de amplio interés en la medicina, ya que se ha observado en los últimos años un incremento definitivo de mujeres en labor de parto. Se lo considera como un embarazo de alto riesgo ya que experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y al momento del parto, tanto para la madre así como para el neonato. El Ecuador registra el índice más alto de adolescentes embarazadas de Latinoamérica con una tasa del 17% y en la última década se ha registrado un incremento del 74% de estos casos. Lo que más preocupa es que hay embarazos de niñas de 12 a 17 años, edad en la que en muchos de los casos no concluyen su desarrollo y se corren riesgos de salud, como complicaciones en el embarazo, parto y hasta la mortalidad materna, por lo que se realizó un estudio en el Hospital Enrique C. Sotomayor donde se hizo la comparación entre las diferentes patologías obstétricas para así tener una prueba significativa y estadística de los porcentajes en que se presentan dichas complicaciones. Y se determinó que las dos principales patologías que se presentan en las embarazadas adolescentes son Parto Prematuro con el 10.7% y Aborto Espontáneo con el 8.1%, la edad en que se presentaron con mayor frecuencia estas patologías fue a los 17 años. También se estableció que el Parto Prematuro se resolvió por vía vaginal en el 64% de los casos y por cesárea en un 36%, mientras que el Aborto Espontáneo se resolvió mediante legrado uterino instrumental en el 100% de los casos.

Palabras claves: Patologías, Parto Prematuro, Aborto Espontáneo, Adolescente embarazadas, Mortalidad materna

SUMMARY

Nowadays teenage pregnancy is a topic with broad interest in medicine because in the last years the quantity of women in labor has increased. It is considered a high risk pregnancy because it is experiencing a high incidence of complications during gestation and at the time of childbirth, for the mother and for the newborn. Ecuador has the highest rate of pregnant teenagers in Latin America with a rate of 17% and in the last decade has increased 74% of these cases. What worries the most is that there are pregnant girls between 12 and 17 years old, and in most cases they don't complete their development and health risks can occur, like pregnancy and labor complications or even maternal mortality. So a study was conducted at Hospital Enrique C. Sotomayor, where a comparison was made between different obstetrical pathologies, with the objective of getting a significant and statistical test of the percentages of these complications, and it determined that the main two pathologies presented in pregnant teenagers are: preterm labor (10.7%) and miscarriage (8.1%). The most frequent age for these pathologies was 17 years old. It was also established that preterm labor was resolved vaginally in 64% of cases and by cesarean section in 36%, while miscarriage was resolved by curettage in all cases.

Key words: pathologies, preterm labor, miscarriage, pregnant teenagers, maternal mortality.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Justificación	3
1.3. Viabilidad	4
1.4. Objetivos	4
1.4.1. Objetivo General	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
1.5. Hipótesis	5
1.6. Variables	5
1.6.1. Variable independiente	5
1.6.2. Variable dependiente	5
2. MARCO TEÓRICO	6
La Adolescencia	6
Etapas de la Adolescencia	6
Embarazo Adolescente	7
Impacto del Embarazo Adolescente	8
Complicaciones Psicológicas para la Adolescente Embarazada	9
Parto Pretérmino	10
Incidencia	11
Factores de Riesgo	11
Signos y Síntomas de Parto Pretérmino	11
Prevención	12
Tratamiento	12
Uteroinhibición con Tocolíticos	13
Inducción de Madurez Pulmonar Fetal	15
Manejo de Trabajo de Parto Pretérmino con Membranas Integras	16
Diagnóstico	16
Examen Clínico Basal	16
Manejo del Parto	16
Manejo de Trabajo de Parto Pretérmino con Membranas Rotas	17
Diagnóstico	17
Examen Clínico Basal	17
Manejo Del Parto	17
Contraindicaciones para Prolongar la Gestación	18

Contraindicaciones Absolutas	18
Contraindicaciones Relativas	18
Atención del Parto Pretérmino	18
Período de Dilatación	19
Período Expulsivo	19
Período Placentario	19
Consecuencias	19
Aborto Espontáneo	20
Tipos de Aborto Espontáneo	20
Abortos en Proceso	20
Según el Momento en el que Produce	21
Variantes Médicas del Aborto Espontáneo	21
Causas	22
Frecuencia	23
Síntomas y Signos	23
Pruebas y Exámenes	24
Métodos de Evacuación	24
Diagnóstico Diferencial	25
Prevención	26
3. MATERIALES Y MÉTODOS	27
3.1. Tipos de investigación	27
3.2. Población y muestra	27
3.3. Criterios de inclusión	27
3.4. Criterios de exclusión	27
3.5. Procedimiento de investigación	27
3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
3.7. Aspectos éticos y legales	28
3.8. Tabulación y análisis	28
3.9. Recursos empleados	28
3.9.1. Recursos Humanos	28
3.9.2. Recursos físicos	28
3.9.3. Recursos económicos	28
3.10. Análisis de Cuadros Estadísticos	29
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4. Resultados y Discusión	36

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5.1. Conclusiones	38
5.2. Recomendaciones	39
6. PROPUESTA	40
6.1. Título: Charlas Educativas	40
6.1.1. Determinación de las causas	40
6.1.2. Objetivos	40
6.1.2.1. Objetivo general	40
6.1.2.2. Objetivos específicos	40
6.1.3. Recomendaciones	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	44

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socioeconómica.

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social.

Ecuador lidera la lista de embarazos adolescentes, registra el índice más alto de adolescentes embarazadas de Latinoamérica con una tasa del 17% y en la última década se ha registrado un incremento del 74% de estos casos.

Lo que más preocupa es que hay embarazos de niñas de 13 años, edad en la que en muchos de los casos no concluyen su desarrollo y se corren riesgos de salud, como desnutrición, patologías durante su embarazo, complicaciones en el parto y hasta la mortalidad materna.

Actualmente, según las cifras que maneja el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, hay 2080 niñas y una de cada cinco adolescentes ya son madres. De lo que se conoce 37 mujeres de cada 100 embarazos no planificaron ni desean tener al bebé. Esto hace, además, que crezcan los índices de abortos en situaciones ilegales y de alto riesgo. Solo en el último año se registraron 25 000 abortos.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos tiempos ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado, además de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias.

Con respecto a las patologías que se suelen presentar, el Parto Prematuro es un factor importante que influyen en el resultado de un neonato de bajo peso e inmaduro sin la capacidad de sobrevivir por sí solo, al igual que el aborto incompleto son patologías que por muchos autores son encasilladas como las principales complicaciones entre las gestantes adolescentes.

En la actualidad el embarazo adolescente con complicaciones Gineco-Obstétricas se ha convertido en un factor de riesgo para la madre como para el feto en estado de desarrollo en el útero materno por lo tanto el conocimiento sobre estas patologías y sus consecuencias son de importancia en el estudio y en la problemática ya planteada.

Dentro del estudio el objetivo del planteamiento es saber cuáles son las 2 principales patologías que se presentan en el embarazo, para así poder dar mejor atención al problema y estar listos con el conocimiento necesario y poder tratarlos a tiempo sin repercusiones en el feto y la madre, la gran variedad de patologías obliga a tener en cuenta cuales son las más frecuentes para su mejor estudio.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, o sea, un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Resulta tan intensa y diversa, que por esa razón, no se disfruta a plenitud la mayoría de las veces.

La madurez psicológica y la incorporación a la sociedad ya como adulto joven puede ocurrir más rápida o lentamente; pero la edad establecida por la Organización Mundial de la Salud oscila entre 10 y 19 años. Algunos la dividen en: adolescencia temprana (10 a 13 años), Adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años).

El embarazo en la adolescencia, particularmente en mujeres muy jóvenes, implica un riesgo de múltiples complicaciones, puesto que puede provocar la muerte de la madre o del niño, o hacer que uno o ambos padezcan impedimentos físicos o mentales por el resto de sus vidas.

Debido al aumento de este indicador en nuestro país, me sentí motivada a realizar una investigación acerca de este tema cual llevaré en un área de salud muy concurrida de Guayaquil para identificar algunos factores de riesgo durante la evolución de la gravidez a esas edades.

Dentro de la elaboración de este trabajo investigativo de campo se encuentra la importancia del saber qué tipo de patologías resultan más frecuentes durante el Embarazo de adolescentes de 12 a 17 años de edad que han sido atendidas en la Maternidad Enrique C. Sotomayor de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, para poder así esclarecer la problemática y prestar mayor atención a las patologías que en esta edad se presentan.

1.3. VIABILIDAD

Para ser posible este estudio se contó con la aceptación de la tutora legal y del Departamento de Estadística del Hospital Enrique C. Sotomayor, para que así se pueda determinar la incidencia de complicaciones patológicas en las madres y poder dar fundamento a los objetivos e hipótesis formuladas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- ✚ Determinar las 2 principales patologías obstétricas más frecuentes que se presentan en adolescentes embarazadas de 12 a 17 años en la Maternidad Enrique C. Sotomayor de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, con el fin de disminuir el índice de morbimortalidad materna perinatal.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Establecer en qué edad se presentan con mayor frecuencia las 2 principales patologías obstétricas.
- ✚ Identificar el primer signo o síntoma que presentan las adolescentes embarazadas de 12 a 17 años antes de acudir al centro hospitalario.
- ✚ Indicar mediante qué procedimiento se resolverán las 2 principales patologías que se presentan en las adolescentes embarazadas de 12 a 17 años en la Maternidad Enrique C. Sotomayor.
- ✚ Realizar charlas educativas a las adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad con el fin de informar sobre los riesgos de salud que se suelen presentar en ellas.

1.5. HIPÓTESIS

Si determinamos las 2 principales Patologías Obstétricas más frecuentes que presentan las adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor podríamos disminuir el alto índice de morbilidad materno perinatal.

1.6. VARIABLES

1.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Adolescentes embarazadas de 12 a 17 años atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor.

1.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Las 2 principales Patologías Obstétricas que van a presentar las adolescentes embarazadas de 12 a 17 años.

2. MARCO TEÓRICO

LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. (10)

A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años. En la cultura popular, muchas características de los adolescentes se atribuyen a los cambios físicos los cuales se llaman furia de hormonas. Hay poca evidencia de que este es el caso, sin embargo. Al estudiar el desarrollo del adolescente, la adolescencia puede ser definida biológicamente, como la transición física marcada por el inicio de la pubertad y la terminación del crecimiento físico, cognitivo, como los cambios en la capacidad de pensamiento abstracto y multi-dimensional, o socialmente, como un período de preparación para los roles adultos. (10)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia inicial o temprana. (10 a 12 años): Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la

pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene. (17)

Adolescencia media. (12 a 16 años): Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia que da inicio a la etapa que da inicio a la etapa. En el varón continua el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto. (17)

Adolescencia tardía. (16 a 19 años): En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes:

- Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.
- Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
- Separación del tutelaje familiar. (17)

EMBARAZO ADOLESCENTE

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de

la familia de origen. El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea este espontaneo o inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico), en el caso del aborto inducido de manera legal o ilegal dependiendo de la legislación del aborto. (10)

IMPACTO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Aspecto médico: Embarazarse durante la adolescencia trae serias consecuencias como problemas que se presentan en este tipo de embarazos debido la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las chicas no avisan pronto a sus padres, tardan en decirles de su situación de 4 a 5 meses, los cuales pasan sin revisión alguna. Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preeclampsia y eclampsia. (19)

El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas. La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva, embarazos ectópicos Algunas chicas optan por el aborto a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso. (19)

Aspecto psicosocial: Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida. Hay quienes deciden tener soltera al hijo, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve frenado, sufren agresiones por parte de su familia y del entorno y tienen menos oportunidades de conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable. (19)

Otras jóvenes madres deciden (si es que la pareja responde) casarse. Sin embargo existen altas probabilidades de que su matrimonio no resulte porque los chicos se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de

pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo. (19)

COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

En general, los estudios hablan de una serie de circunstancias por los que pasan las mamás adolescentes como el miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo. Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. (16)

Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce. Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno. Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje. (16)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia. En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. (16)

Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente se quede embarazada. La comunicación en la familia esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance. (16)

• Dentro del estudio que se realizó en la Maternidad Enrique C. Sotomayor se comprobó que la mayor prevalencia de patologías obstétricas son el Parto Prematuro y el Aborto Espontáneo.

PARTO PREMATURO

Parto prematuro se define como el parto que se produce entre las 20-22 y antes de haber completado las 37 semanas de embarazo, contadas a partir del primer día de la última menstruación (259 días de gestación). (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- Prematuro general: < 37 semanas.
- Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas. (20)

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso. Y las definiciones son las siguientes:

- Peso bajo: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.
- Peso muy bajo al nacimiento: menor de 1.500 g.
- Peso extremadamente bajo: menor de 1.000 g. (20)

Trabajo parto pretérmino: consistente en contracciones uterinas con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, de 30 segundos de duración, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm. o más, o un borramiento de 80% con dilatación de 2 cm o más. (5)

INCIDENCIA

La tasa de prematuridad en los EEUU es de 11 %, mientras que en Europa varía entre 5 a 7 %. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años. La prematuridad sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. (13)

En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la Ciudad de Medellín, Colombia la frecuencia de prematuridad es del 10.6%. (11)

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes personales de nacimiento prematuro
- Gestación multifetal (gemelos, trillizos o más)
- Nivel socioeconómico bajo
- Ascendencia afroamericana
- Peso extremo (bajo peso u obesidad)
- Edad extrema (< 16 o > 35)
- Tabaquismo
- Estrés
- Infección del tracto genital
- Rotura prematura de las membranas (RPM)
- Hemorragia anteparto
- Insuficiencia cervical
- Anormalidades uterinas congénitas. (20)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PARTO PRETÉRMINO

- Sangrado y cólicos en el vientre.
- Contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos.
- Líquido que se filtra desde su vagina en gotas o en chorro.

- Sangrado vaginal rojo brillante.
- Una secreción espesa y mucosa con sangre.
- Usted rompe fuente (membranas estructuradas).
- Más de cinco contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas.
- Contracciones que se vuelven más prolongadas, más fuertes y más próximas.
- Cólicos en el vientre. (14)

Además, se caracteriza por sangrado vaginal en el tercer trimestre, una fuerte presión en la pelvis, y/o dolor abdominal o de espalda los cuales pueden ser indicadores de que un parto prematuro está a punto de ocurrir. Un flujo acuoso por la vagina puede indicar la rotura prematura de las membranas. (11)

PREVENCIÓN

Investigaciones han identificado posibles métodos para prevenir el nacimiento prematuro, La investigación sugiere métodos personales de cuidado para reducir infecciones, ayuda nutricional y psicológica, y el control de factores de riesgo del nacimiento prematuro (largas horas de trabajo de pie, exposiciones a monóxido de carbono, abuso doméstico, entre otros). En el 16° Congreso Argentino de Ecografía y Ultrasonografía estudios demostraron que un estudio llamado cervicometría (o ecografía transvaginal) de realizarse entre las semanas 20 y 24 de embarazo, permitiría identificar a más del 50% de las mujeres proclives al parto prematuro. (11)

TRATAMIENTO

Todas las intervenciones consideradas tienen los siguientes objetivos:

- Inhibir o reducir la fuerza y la frecuencia de las contracciones, retrasando el momento del parto, y
- Mejorar el estado fetal antes del parto pretérmino. (13)

La observación hospitalizada de la paciente, el reposo en cama, la hidratación parenteral con soluciones cristaloides y evaluación materna y fetal constante son medidas generales de fundamental importancia, porque permiten establecer con seguridad el diagnóstico de trabajo de parto prematuro. (12)

Uteroinhibición con tocolíticos

Se busca con la uteroinhibición a corto plazo beneficiarse de otros manejos farmacológicos para el control del parto pretérmino. Un retraso en el parto puede ser usado para la administración de corticoesteroides con el fin de inducir maduración pulmonar y reducir la severidad del síndrome de dificultad respiratoria y hemorragia intraventricular. (1)

Su función básica es prolongar el embarazo para permitir el uso de corticoides prenatales, además disminuir la morbimortalidad asociada a prematuridad al permitir al producto estar más tiempo en el útero. (5)

Nifedipina se suministra vía oral 10 o 20 mg como dosis inicial, seguido de 10 mg cada 4 ó 6 horas. Otro régimen recomendado para el tratamiento de APP-PP es administrar oralmente 10 mg cada 20 minutos 3 dosis, seguida de 20 mg vía oral cada 4-8 hs. La dosis máxima es de 120 mg/d, lo que permitiría adaptar la dosis a la respuesta de cada paciente. Se da por vía oral y es rápidamente absorbido por la mucosa gastrointestinal. Disminuye el calcio intracelular, inhibiendo su ingreso transmembrana de la célula muscular y disminuyendo la resistencia vascular. La concentración plasmática máxima ocurre a los 15 a 90 minutos de su administración. La vida media es de 81 minutos y la duración de su acción de alrededor de 6 horas. (5)

Atosiba es un antagonista de receptores de oxitocina. Compite con la oxitocina al ligarse a sus receptores en miometrio, decidua y membranas fetales, inhibiendo a su vez la liberación de prostaglandinas; es altamente órgano-específico, con efectos colaterales mínimos. Se administra en forma de bolo IV de 6.75 mg seguido inmediatamente por 300 g/min en infusión IV por 3 horas y luego 100 g/min por más de 45 hs. la duración del tratamiento

no debería exceder las 48 horas y no exceder los 330 mg como dosis total. A edades gestacionales tempranas se podría prolongar su uso por varios días sin ningún efecto adverso significativo. No está disponible. Esta aprobado en Europa para el manejo del TPP espontáneo. (5)

Indometacina actúa inhibiendo la enzima ciclooxigenasa, responsable de la formación de prostaglandinas a partir del ácido araquidónico. Puede ser administrada por vía oral o rectal, 50 a 100 mg seguida por 25 mg cada 4 a 6 hs, durante un lapso no mayor a 48 hs. Se usa en pacientes con refractariedad al tratamiento betamimético, cuya ecografía actualizada haya demostrado un volumen normal de líquido amniótico y en amenorreas menores a las 32 semanas. Se deberá realizar ecocardiograma fetal de control durante su uso. Es la única droga que ha mostrado disminución de la tasa de prematuros. Como efecto secundario se puede presentar el cierre prematuro del Ductus Arterioso Fetal y disminución del volumen del líquido amniótico. Se puede usar en combinación con otros uteroinhibidores para potenciar su efecto. (5)

Ritrodina dosis inicial de 50-100 mcg/min, con incremento gradual de 50 mcg c/15 min (dosis máxima 300 mcg/min) hasta que se obtengan los efectos deseados o aparezcan los no deseados. La infusión debe continuarse hasta por lo menos 12 h después del cese de las contracciones uterinas. 30 min. Antes de finalizar la infusión IV de Ritrodina deberá iniciarse tratamiento de mantenimiento por vía oral a dosis de 10 mg c/6 hs por hasta 3 días. Dosis máxima de 120 mg/d. La solución deberá prepararse en dextrosa al 5 %, salvo que esté contraindicada. No está disponible. (5)

Terbutalina no está aprobada para su uso específico en amenaza de parto pretérmino, pero existe significativa evidencia de su seguridad y eficacia. La infusión IV comienza generalmente con 2,5 a 5 g/min y se incrementa 5 g cada 20 minutos hasta un máximo de 25 g/min. Una vez que las contracciones han sido inhibidas, el goteo se mantiene 60 minutos y luego se comienza la reducción de la dosis en 2,5 g/min cada 30 minutos hasta que se establezca la menor dosis efectiva. Esta dosis es mantenida por 12 horas. Los

incrementos deben contemplarse son Frecuencia Cardiaca materna < 120 lat./min). Por vía intramuscular 0,5 mg (1 amp) dosis única inicial, para luego continuar vía oral dando 2,5 mg (1 tableta) cada 6 ó 8 horas. Salbutamol tabletas de 4 mg, disponible, poco utilizado. (5)

Sulfato de magnesio, varios estudios han encontrado que el sulfato de magnesio es inefectivo para detener TPP y que incluso puede ser lesivo para el producto. Se recomienda el uso de Nifedipino como droga de primera elección para la uteroinhibición en el Parto Pretérmino. (5)

Inducción de madurez pulmonar fetal

Las evidencias hoy disponibles indican que su uso no sólo reduce la incidencia de Síndrome de Distres Respiratorio, sino también la de Hipertensión Intracraneana. Los esquemas que pueden utilizarse son:

- Betametasona (fosfato/acetato): 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis
- Dexametasona: 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis. (12)

Ambos esquemas son igualmente efectivos. Pueden repetirse a los 7 días de la primera administración. No existen evidencias de que la repetición sucesiva o de que dosis mayores (en caso de embarazo múltiple) aporten beneficios adicionales. (12)

El uso de corticoides prenatales en madres con expectativa de parto pretérmino mayor de la semana 34 no se recomienda, a menos que haya evidencia de inmadurez pulmonar usando test en líquido amniótico. (5)

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON MEMBRANAS ÍNTEGRAS.

Diagnóstico:

- Contracciones uterinas regulares (3 en 10 min, mínimo 180 UM).
- Dilatación \times 4 cm y borramiento \times 50%.
- Gestación $<$ 37 semanas. (2)

Examen clínico basal:

Registro cardiotocográfico basal, si es tranquilizante, abrir partograma y si es intranquilizante manejar de acuerdo al esquema correspondiente. Tacto para corroborar dilatación y borramiento, control obstétrico cada hora. Uso de oxitocina de acuerdo a la necesidad y esquemas preestablecidos. Preferible no romper membranas hasta una dilatación avanzada. Investigar los factores de riesgo involucrados en el parto pretérmino. Colocar vía y utilizar antibiótico de acuerdo cada caso y necesidad (por ejemplo pielonefritis, cistitis etc.). (2)

Manejo del parto:

- Dar a conocer caso a Neonatología.
- Cuando paciente esté completa, realizar un amniotomía (si no se lo ha hecho).
- Con la excepción de realizar una amplia episiotomía la atención del parto se hará de manera rutinaria.
- Mandar placenta a patología de acuerdo a la necesidad y el caso.
- Si se estima un peso neonatal de $<$ 1,500 gr se deberá discutir el beneficio de una operación cesárea. (2)

MANEJO DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON MEMBRANAS ROTAS

Este protocolo solo será para presentaciones de vértice.

Diagnóstico:

- Contracciones uterinas regulares (3 en 10 min, mínimo 180 UM).
- Dilatación \times 4 cm y borramiento \times 50%.
- Gestación $<$ 37 semanas.
- Membranas rotas. (2)

Examen clínico basal:

RGCT basal, si es tranquilizante, abrir partograma y si es intranquilizante manejar de acuerdo al esquema correspondiente. Tacto para corroborar dilatación y borramiento, control obstétrico cada hora. Uso de oxitocina de acuerdo a la necesidad y esquemas preestablecidos. Investigador los factores de riesgo involucrados en la ruptura de membranas. (2)

Si el ILA es menor de 5 cm se puede realizar amnioinfusión de acuerdo a necesidad y caso. Colocar vía y utilizar antibiótico si la ruptura tiene más de 6 horas.

El antibiótico a utilizar dependerá del caso (pielonefritis, signos de corioamnionitis etc.).

Si existe signos evidentes de corioamnionitis se preferirá la vía vaginal de parto siempre y cuando no haya evidencia de sufrimiento fetal. (2)

Manejo del parto:

Dar a conocer caso a Neonatología. Si se estima un peso neonatal de $<$ 1,500 gr se deberá discutir el beneficio de una operación cesárea. Con la excepción de realizar una amplia episiotomía la atención del parto se hará de manera rutinaria. Mandar placenta a patología de acuerdo a la necesidad y el caso. (2)

CONTRAINDICACIONES PARA PROLONGAR LA GESTACIÓN

Contraindicaciones Absolutas

- RPM con sospecha o evidencia de infección
- Placenta previa con hemorragia importante
- Abruption placentae
- Diabetes no estabilizada de difícil manejo o vasculopatía grave
- Nefropatía crónica en evolución
- Malformaciones congénitas graves. (5)

Contraindicaciones Relativas

- Trabajo de parto con más de 4cm de dilatación
- HTA grave
- Pre eclampsia grave y eclampsia
- Enfermedad hemolítica fetal grave
- RCIU y sufrimiento fetal crónico. (5)

ATENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO

En caso de falla de la uteroinhibición, se procederá a la atención del parto pretérmino, contando siempre con presencia de pediatra, UCI neonatal y monitorización estricta del trabajo de parto. En gestaciones menores de 26 semanas: por estar en inmadurez extrema, con pésimo pronóstico neonatal, se dará parto vaginal. De 27 a 31 semanas: nacimiento por cesárea si el peso fetal estimado es menor de 1500 gr. o si existe otra clara indicación obstétrica. (5)

De 32 a 34 semanas: parto vaginal si hay presentación cefálica de vértice, inicio de trabajo de parto espontáneo, progresión adecuada del trabajo de parto y frecuencia cardiaca fetal normal; se determinará valoración individual de la necesidad de episiotomía, en lo posible evitar el uso de oxitócicos y la instrumentación (Fórceps). Se efectuará una cesárea de no

cumplirse los criterios anteriores o en presencia de indicaciones obstétricas adicionales. En gestaciones de más de 34 semanas cuando se tenga una presentación de vértice se dará siempre parto vaginal, las otras presentaciones saldrán por cesárea. (5)

Período de dilatación

Deberá recibir profilaxis antibiótica para estreptococo betahemolítico del grupo B, cuando comience el trabajo de parto. Adopción de la posición horizontal, preferentemente en decúbito lateral izquierdo. Evitar la amniotomía, ya que el efecto protector de las membranas es mayor en el prematuro. Traslado a sala de atención de partos con mayor antelación que en el parto de término (alrededor de 6 a 7 cm de dilatación). Presencia de Neonatólogo para la recepción del recién nacido en sala de partos. Evitar medicaciones depresoras del sistema nervioso central u otras innecesarias. (5)

Período expulsivo

Evitar la amniotomía hasta el momento de desprendimiento de la cabeza fetal. No se deberá efectuar la episiotomía en forma sistemática, evaluando cada caso en particular. (5)

Período placentario.

Siempre se aplicará el Manejo Activo del Alumbramiento. (5)

CONSECUENCIAS

Los niños nacidos con una diferencia de más de 2 semanas antes de las 40 semanas, muestran signos físicos de su nacimiento prematuro y también pueden desarrollar otros problemas como: ictericia, hipoglicemia, hipocalcemia, síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraneal, retinopatía prematura, enterocolitis necrosante y raquitismo. Como las unidades neonatológicas de cuidado intensivo han mejorado con los años, la etapa de gestación menor ha bajado alrededor de 25 semanas (400-500 gramos). Como el riesgo de daño cerebral y desarrollo tardío es alto si es que un bebé sobrevive en este período, existe una controversia ética en cuanto a la agresividad de los cuidados de dichos bebés. (11)

ABORTO ESPONTÁNEO

La definición de aborto establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la expulsión o extracción de un feto o embrión, antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la última menstruación normal, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación. (4)

El aborto espontáneo o aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido. El término sólo se aplica estrictamente cuando dicha pérdida se produce antes de la semana 20 del embarazo, denominándose a partir de ese momento parto prematuro. (15)

TIPOS DE ABORTO ESPONTÁNEO

Hemos hablado de por qué se produce, qué hay que hacer en caso de sufrir una amenaza de aborto y los aspectos emocionales que rodean a esta decepcionante situación. Para conocer un poco más aún sobre ella, conoceremos ahora los diferentes tipos de aborto espontáneo que existen. Dependiendo del momento en que se produce y sus características, el aborto espontáneo se puede clasificar en varios tipos. (15)

Abortos en proceso

Aborto incipiente: cuando el cuello del útero está entreabierto es una señal de que el aborto se está iniciando. (15)

Aborto inevitable o inminente: cuando el cuello uterino está abierto y se ha iniciado el paso del feto. (15)

Es cualquier de estos dos casos el sangrado vaginal y los dolores de las contracciones uterinas se acentúan, lo cual indica que el cuello del útero se está dilatando. (15)

Según el momento en el que se produce

Aborto precoz: cuando ocurre antes de las semana 10 de gestación. Un 80 % de los abortos ocurren en esta etapa, incluso muchos pasan desapercibidos.

Aborto tardío: cuando ocurre entre la semana 11 y 20 de gestación.

Aborto recurrente: es la pérdida de tres embarazos consecutivos o más. Recién en este punto se puede empezar a pensar que hubiera algún tipo de problema para concebir. Tener hasta tres abortos espontáneos seguidos se lo considera normal. (15)

Variantes médicas del aborto espontáneo

Aborto completo o consumado: cuando después de la muerte fetal todos los productos de la concepción han sido expulsados del útero, ya no hay dolor, el sangrado es escaso y se ha vuelto a cerrar el cuello uterino. No suele requerir tratamiento alguno. (15)

Aborto incompleto: cuando no se expulsa por completo el contenido del útero después de la muerte fetal. Requiere tratamiento médico para eliminar los restos que pudieran haber quedado y así evitar hemorragias o infecciones, que suponen un verdadero riesgo para la madre. Un aborto incompleto podría derivar en un aborto séptico si se infectara el tejido fetal o placentario que permanecen en el útero. (15)

Aborto diferido o retenido: cuando muere el embrión pero la mujer no logra eliminar el saco gestacional durante varias semanas o incluso meses. Ocurre normalmente entre las semanas 8 y 12, desaparecen poco a poco los síntomas de embarazo, el útero deja de crecer y las pruebas de embarazo se vuelven negativas aproximadamente 10 días después de la muerte fetal. Requiere tratamiento (legrado) para eliminar el contenido del útero. (15)

Aborto por óvulo detenido: cuando el aborto es tan precoz que el óvulo ha sido fecundado pero el tejido fetal definido no alcanzó a formarse. No necesita ningún tratamiento y se elimina con la menstruación, la mayoría de las veces pasando desapercibido. (15)

CAUSAS

La causa más frecuente es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas, en especial las trisomías autosómicas (no sexuales). En otros

casos se debe a anormalidades del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre (diabetes, nefritis, traumatismos graves), o enfermedades infecciosas como mal de Chagas, toxoplasmosis, brucelosis, sífilis, listeriosis, hepatitis B, sida. (8)

Otras causas posibles de aborto espontáneo son:

- Drogadicción y alcoholismo
- Exposición a toxinas ambientales
- Problemas hormonales
- Infección
- Obesidad
- Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre
- Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo
- Enfermedades graves como la diabetes no controlada
- Tabaquismo (18)

Otro factor a considerar es la edad. Cuando la mujer pasa de los cuarenta, tiene un 25% de posibilidades de tener un aborto espontáneo. Y por otro lado, no está comprobado que el estrés, el esfuerzo físico o la actividad sexual influyan. (21)

Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la adenomiosis, las cirugías tubarias y la endometriosis que es una enfermedad que ocurre cuando el tejido endometrial, es decir, el tejido que reviste internamente el útero y que se expulsa durante la menstruación, crece fuera de él. En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los abortos espontáneos recurrentes puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la cantidad de sangre que se irriga, alteraciones de la placenta y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal. (6)

FRECUENCIA

La tasa natural de fracaso de las gestaciones es muy elevada, aunque la mayor parte ocurre en las primeras semanas y en la mayor parte de los casos la madre no llega a enterarse. Se

estima que uno de cada cinco embarazos detectados termina por aborto espontáneo en las primeras semanas. La cifra aumenta a más del 30% en estudios de mujeres embarazadas cuyos niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana ha descendido después de haber confirmado el embarazo. (8)

Alrededor de la mitad del total de los óvulos fecundados muere y se pierde (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada. Entre las mujeres que saben que están en embarazo, la tasa de aborto espontáneo es alrededor del 15 al 20%. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé. (18)

El riesgo de aborto espontáneo es más alto en mujeres:

- De mayor edad, con incrementos que comienzan hacia los 30 años, se vuelven mayores entre los 35 y los 40 años y son más altos después de los 40.
- Que hayan tenido abortos espontáneos antes. (18)

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas es decir, signos percibidos por el propio paciente más frecuentes son el dolor abdominal de tipo cólico o en la región lumbar; la hemorragia vaginal acompañada o no de dolores cólicos abdominales o la emisión de materia sólida tisular o de coágulos por la vagina. (8)

Los posibles síntomas abarcan:

- Lumbago o dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico
- Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina
- Sangrado vaginal con o sin cólicos abdominales (18)

PRUEBAS Y EXÁMENES

Durante un examen pélvico, el médico puede observar que el cuello uterino se ha abierto (dilatado) o adelgazado (borramiento del cuello uterino). Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado. Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes de sangre:

- Tipo de sangre (si usted tiene un tipo de sangre Rh-negativo, requeriría un tratamiento con inmunoglobulina Rh.
- Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar cuánta sangre se ha perdido.
- GCH (cualitativa) para confirmar el embarazo.
- GCH (cuantitativa) que se hace con intervalos de algunos días o semanas.
- Conteo de glóbulos blancos y fórmula leucocitaria para descartar infección. (18)

MÉTODOS DE EVACUACIÓN

La mayoría de los profesionales entrenados pueden efectuar una evacuación hasta las 12 semanas completas del embarazo. Hasta las 12 semanas completas los métodos preferidos de evacuación son los de aspiración al vacío manual o eléctrica, estos métodos suelen ser más seguros, al provocar menos perforaciones uterinas, entre otras complicaciones. En escenarios en los que no se disponga de métodos aspirativos se utilizará la dilatación y curetaje clásicos. (7)

Cuando sea necesario comenzar el procedimiento de evacuación sin dilatación cervical se recomendará el uso de anestésicos locales (lidocaína) para obtener un bloqueo paracervical. En casos especiales puede ser necesario usar anestesia general lo cual exige recursos humanos y materiales que superan a los disponibles en el primer nivel. Más allá de las 12 semanas completas y si no hay dilatación ni contracciones se preferirá comenzar el procedimiento de evacuación apelando a métodos médicos para conseguir la dilatación del cuello y la expulsión del feto, debido a que en esta edad gestacional los procedimientos de evacuación exponen a la mujer a mayor riesgo (perforación, hemorragia). (7)

En tal sentido está indicado el uso de dilatadores osmóticos (tienen el inconveniente de su costo y del tiempo que requieren para ser efectivos) y prostaglandinas, el empleo del Misoprostol (un análogo de la prostaglandina E1) por vía vaginal 800 mcg distribuidos en el fondo vaginal y 400 mcg vía oral cada 3 o 4 horas (máximo 4 dosis). (7)

Luego de producida la expulsión del feto se complementará con evacuación por aspiración o por curetaje. El curetaje es menos seguro, más doloroso y más lento que la evacuación por aspiración. La aspiración presenta apenas un tercio de las complicaciones que se suelen presentar por la técnica de curetaje. Es recomendable enviar siempre los restos ovulares extraídos para estudio anatomopatológico. (7)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las hemorragias de la primera mitad del embarazo que siguen en frecuencia al aborto son:

- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme),
- Ginecopatías coexistentes (pólipos, lesiones cervicales malignas o premalignas),
- Trastornos de la coagulación. (7)

PREVENCIÓN

Las posibilidades de aborto espontáneo pueden limitarse mucho con una atención especial por parte de la madre y una vigilancia médica acentuada, especialmente si dependen de limitaciones físicas de la madre. El riesgo asociado a enfermedades sistémicas se combate tratándolas antes del eventual embarazo y vigilando el estado de la madre durante éste. (8)

Igualmente, es menos probable que se presenten abortos espontáneos si usted evita cosas que sean dañinas para su embarazo, como los rayos X, las drogas y el alcohol, la alta ingesta de cafeína y las enfermedades infecciosas. (18)

3. MATERIALES Y MÉTODO

3.1. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

El presente es un estudio Descriptivo, Longitudinal no Experimental.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo tomado para nuestra investigación está conformado por todas las mujeres que ingresan al área tocoquirurgica del Hospital Enrique C. Sotomayor durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013. La muestra de esta investigación es igual al Universo considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de 12 a 17 años de edad que presentaron patologías durante su embarazo o al momento del parto.

3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes menores de 12 años o mayores de 17 años y pacientes adolescentes embarazadas que no hayan presentado patologías durante su embarazo o al momento del parto.

3.5. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Se envió una solicitud al Departamento de Administración del Hospital Enrique C. Sotomayor ubicada en la ciudad de Guayaquil ubicado en la calle Pedro Pablo Gómez y Seis de Marzo.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos a utilizar serán las historias clínicas de las pacientes. Las historias clínicas a utilizar fueron instrumentadas por los médicos residentes en la fecha que se les atendió a las pacientes.

3.7. ASPECTO ÉTICOS Y LEGALES

Se adjunta una solicitud aceptada por el Dr. Luis Hidalgo Director del Hospital Enrique C. Sotomayor, con la cual puede acceder a los datos de dichas pacientes. Como menciona el título segundo, artículo 17, fracción I de la Ley General de Salud, no se provocó perjuicio alguno a la integridad de las personas en cuestión. Tanto así que los datos obtenidos son reales y confidenciales en honor a la verdad.

3.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos fueron presentados en tablas estadísticas de trabajo y se realizaron cuadros y gráficos. El análisis de los resultados se realizó en base a frecuencia absoluta y porcentajes.

3.9. RECURSOS EMPLEADOS

3.9.1 RECURSOS HUMANOS

- Directora de Tesis
- Investigador

3.9.2. RECURSOS FÍSICOS

- Historias clínicas
- Lápiz
- Borrador
- Computadora ó Internet

3.9.3. RECURSOS ECONÓMICOS

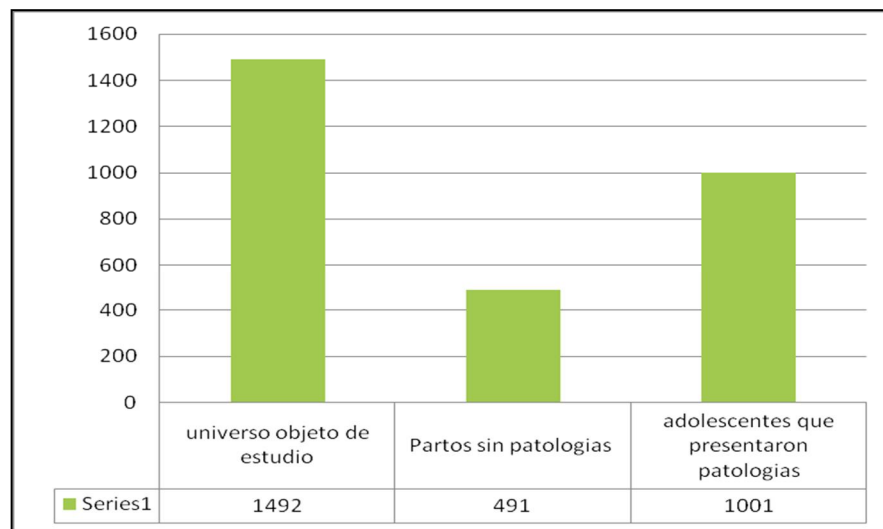
Autofinanciado

3.10. ANÁLISIS DE CUADROS ESTADÍSTICOS

FRECUENCIA DE PACIENTES EMBARAZADAS DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTARON PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR DURANTE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

TABLA Y GRÁFICO 1

Frecuencia	Pactes	%
Adolescentes Embarazadas sin patologías	491	33%
Adolescentes que presentaron patologías	1001	67 %
Total de adolescentes atendidas	1492	100%



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor

Elaborado: Sharon Enríquez

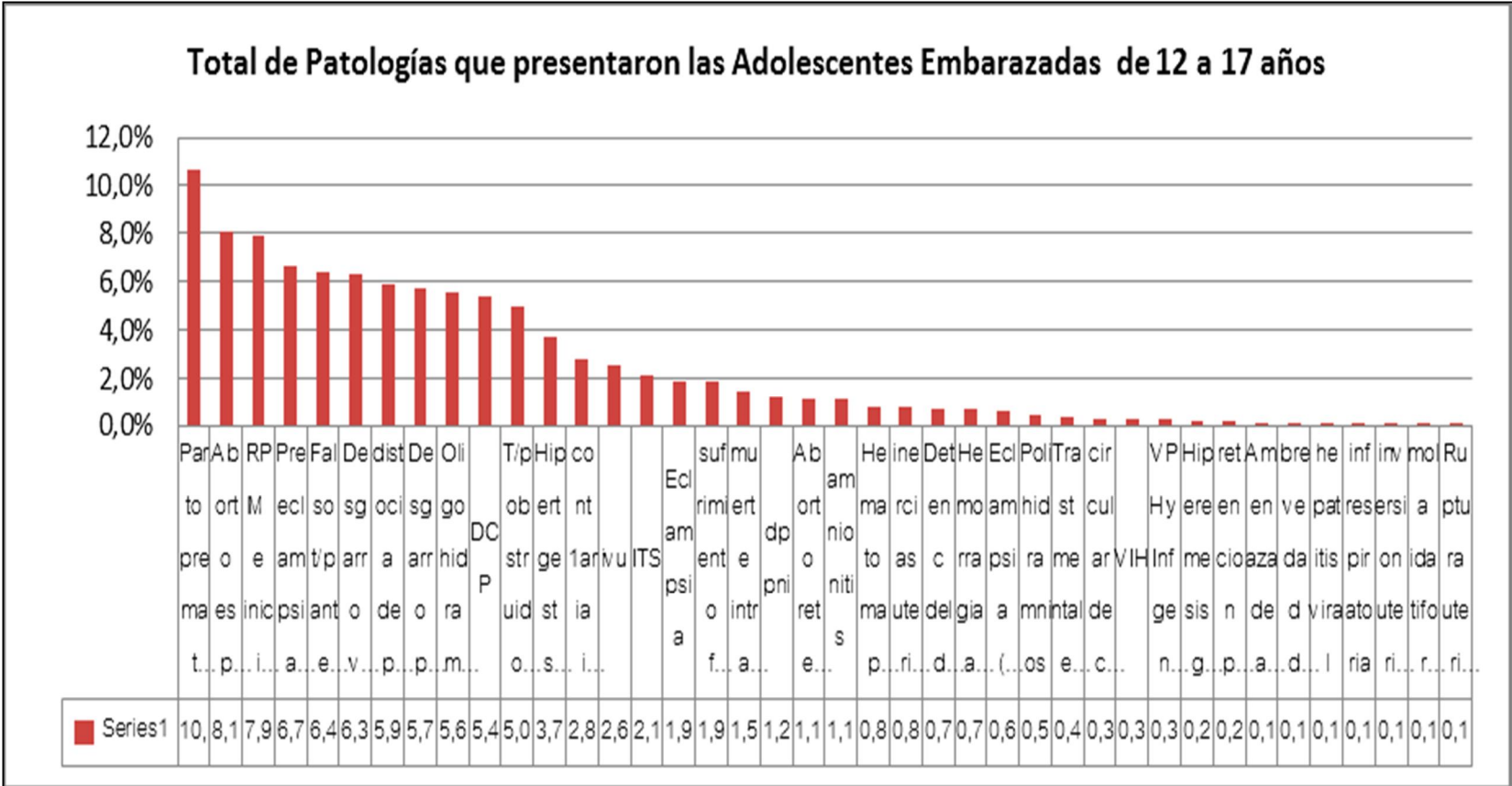
Interpretación:

En total de 1492 pacientes adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad fueron atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor durante septiembre del 2012 a febrero del 2013, siendo el 100%, de lo cual, el 33 % fueron adolescentes embarazadas sin patologías es decir 491 de las pctes., por lo tanto queda el 67 % de pacientes para ser objeto del estudio, es decir 1001 pactes.

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS QUE SE PRESENTARON EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 17 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR DURANTE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

TABLA Y GRÁFICO 2

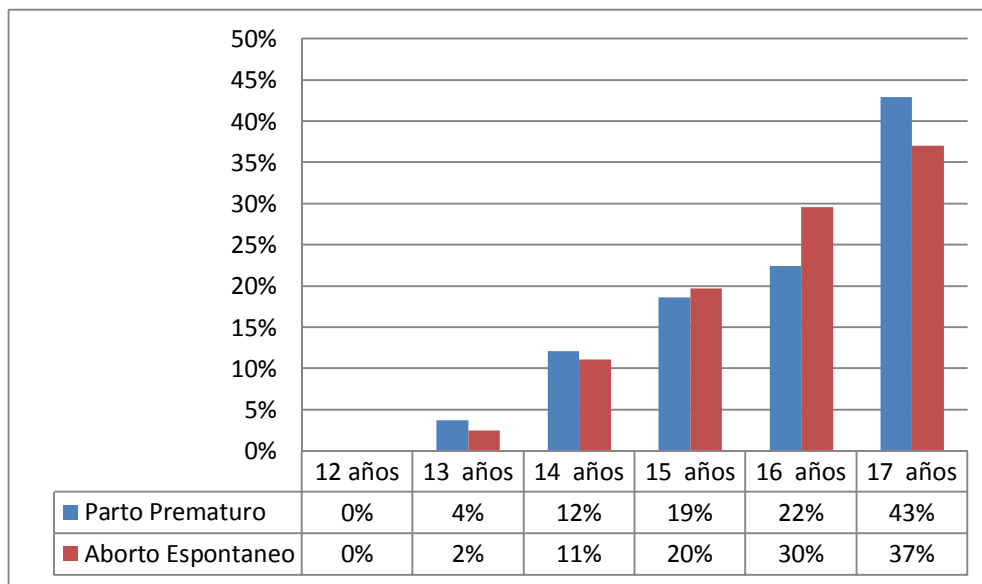
Patologías	%	N°
Parto prematuro	10,7%	107
Aborto espontaneo incompleto	8,1%	81
Ruptura Prematura de Membrana e inicio del Trabajo Parto	7,9%	79
Preeclampsia moderada y severa	6,7%	67
Falso Trabajo Parto antes de las 37 semanas de gestación	6,4%	64
Desgarro vaginal y de cuello uterino	6,3%	63
Distocia de presentación	5,9%	59
Desgarro perineal	5,7%	57
Oligohidramnios	5,6%	56
Desproporción Cefalopelvica	5,4%	54
Trabajo de parto obstruido, presentación anormal	5,0%	50
Hipertensión gestacional sin proteinuria	3,7%	37
Contracciones primaria inadecuadas	2,8%	28
Infección de Vías Urinarias	2,6%	26
ITS	2,1%	21
Eclampsia	1,9%	19
Sufrimiento fetal, presencia de meconio	1,9%	19
Muerte intrauterina	1,5%	15
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	1,2%	12
Aborto retenido	1,1%	11
Amnionitis	1,1%	11
Hematoma pélvico	0,8%	8
Inercias uterinas	0,8%	8
Mola no hidatiforme	0,7%	7
Hemorragia ante e intraparto vaginal y uterina	0,7%	7
Eclampsia	0,6%	6
Polihidramnios	0,5%	5
Trastornos mentales, nerviosos, circulatorios y digestivos	0,4%	4
Circular de cordón	0,3%	3
VIH	0,3%	3
VPH e Infección genital en el embarazo	0,3%	3
Hiperémesis gravídica	0,2%	2
Retención placentaria	0,2%	2
Amenaza de aborto	0,1%	1
Brevedad de cordón	0,1%	1
Hepatitis viral	0,1%	1
Infección respiratoria	0,1%	1
Inversión uterina post/Parto	0,1%	1
Mola hidatiforme	0,1%	1
Ruptura uterina	0,1%	1
	100%	1001



FRECUENCIA DE ACUERDO AL GRUPO ETARIO DE LAS DOS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS QUE PRESENTARON LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR DURANTE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

TABLA Y GRÁFICO 3

Edad	Parto Prematuro		Aborto Espontáneo	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
13 años	4	4%	2	2%
14 años	13	12%	9	11%
15 años	20	19%	16	20%
16 años	24	22%	24	30%
17 años	46	43%	30	37%
	107	100%	81	100%



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor

Elaborado: Sharon Enríquez

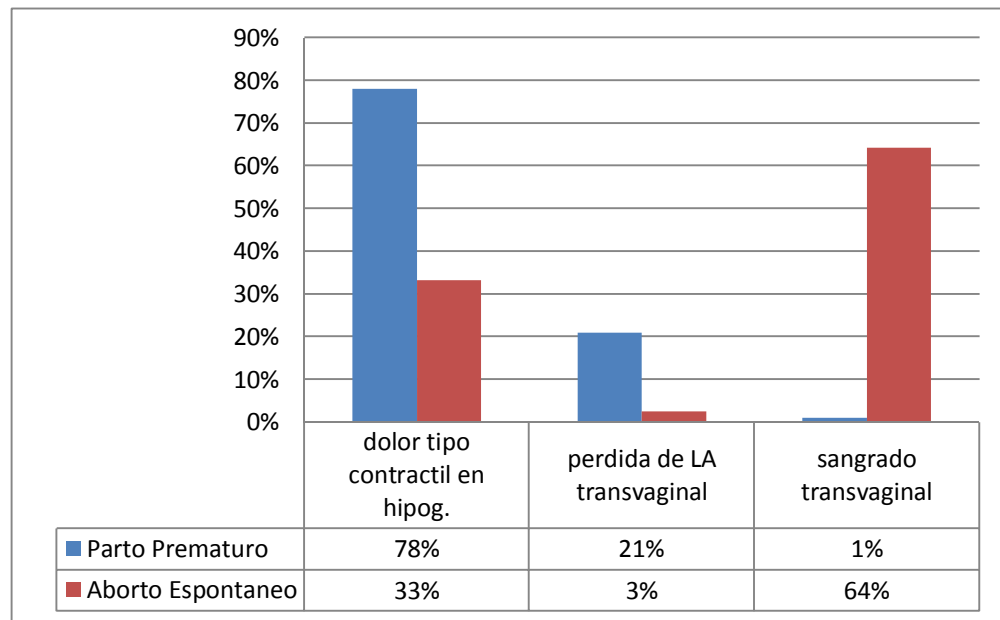
Interpretación

Tanto el Parto Prematuro y el Aborto espontáneo incompleto se presentan mayormente a los 17 años de edad, es decir, Parto Prematuro en un 43% y Aborto Espontáneo Incompleto en un 37%.

FRECUENCIA DE SIGNOS O SÍNTOMAS QUE SE PRESENTARÓN EN LAS DOS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 2 A 17 AÑOS DE EDAD DURANTE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

TABLA Y GRÁFICO 4

Primer signo o síntoma	Parto Prematuro		Aborto Espontáneo	
Dolor tipo contráctil	83	78%	27	33%
Perdida de LA transvag.	23	21%	2	3%
Sangrado transvaginal	1	1%	52	64%
	107	100%	81	100%



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor

Elaborado: Sharon Enríquez

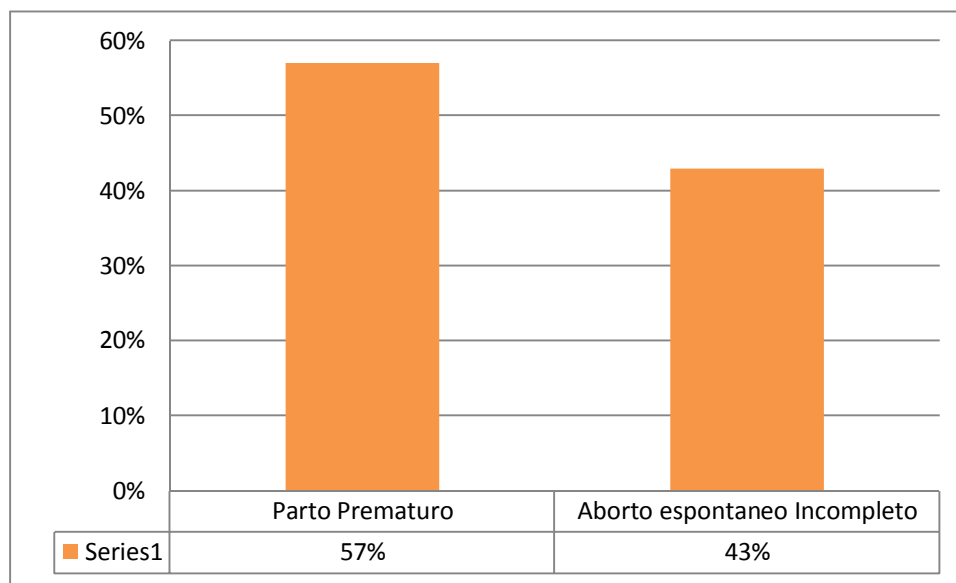
Interpretación

El dolor tipo contráctil con un 78% para Parto prematuro y el sangrado transvaginal con un 64% para el Aborto espontáneo incompleto, fueron el principal signo o síntoma en las Adolescentes embarazadas de 12 a 17 años.

DETERMINACIÓN DE LAS DOS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD DURANTE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

TABLA Y GRÁFICO 5

Patologías	Pactes.	%
Parto Prematuro	107	57%
Aborto espontaneo Incompleto	81	43%
	188	100%



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor **Elaborado:** Sharon Enríquez

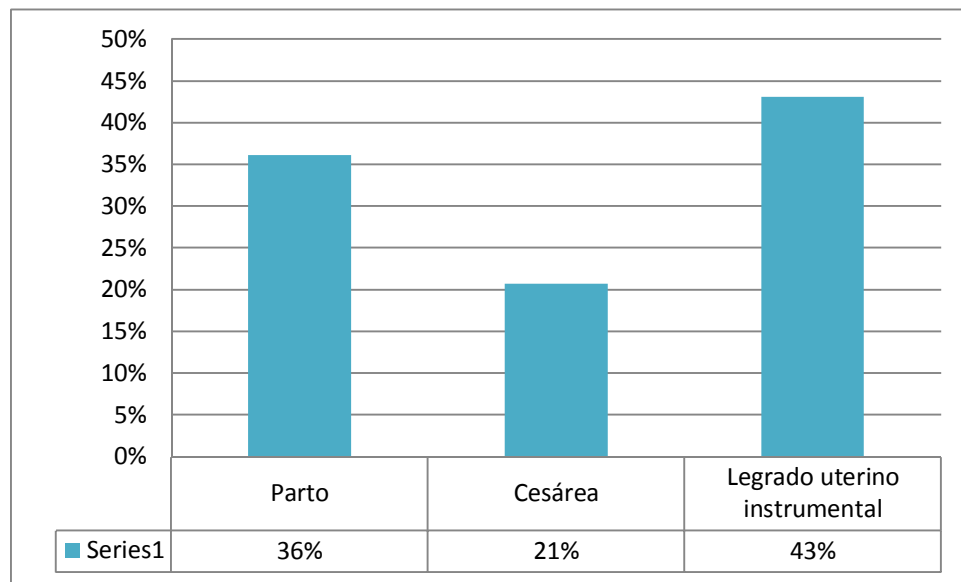
Interpretación

Del total de las pacientes adolescentes embarazadas que presentaron las dos principales patologías obstétricas, el 57 % de los casos son para Parto Prematuro y el 43 % de los casos para Aborto Espontáneo Incompleto.

PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL SE RESOLVIERON LAS DOS PRINCIPALES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD DURANTE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

TABLA Y GRÁFICO 6

Procedimiento	Pactes	%
Parto	68	36%
Cesárea	39	21%
Legrado Uterino Instrumental	81	43%
	188	100%



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor **Elaborado:** Sharon Enríquez

Interpretación

Se resolvió en un 64% en parto vaginal, un 36% en parto por cesárea, mientras que en un 43% se resolvió mediante legrado uterino instrumental.

4. RESULTADOS Y DISCUSION

El presente estudio determinó los siguientes resultados posteriores al análisis correspondiente de los objetivos generales y cada uno de los objetivos específicos en estudio, los mismos que están descritos en tablas y gráficos.

En la tabla y el gráfico 1 se muestra la cantidad total de pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor durante Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 con un total de 1492 pacientes de las cuales se disminuyó 491 pacientes que presentaron embarazos y partos sin ninguna patología, con un resultado de 1001 pacientes las cuales serán objeto del estudio.

En la tabla y el gráfico 2 se observa, que la patología más frecuente que se presenta en adolescentes embarazadas de 12 a 17 años, es el parto prematuro con 107 casos, que corresponde al 10,7%, seguido del aborto espontaneo incompleto con 81 casos, correspondiente al 8.1%, con lo cual se indica cuáles fueron las dos principales patologías presentadas en el estudio.

En la tabla y grafico 3 se muestra, los resultados con respecto a la edad en que se presentan con mayor frecuencia las dos principales patologías, revelando que con respecto al parto prematuro se presenta con mayor frecuencia a los 17 años de edad con 46 casos correspondiente al 46%, y en el caso del aborto espontáneo incompleto se presenta con mayor frecuencia a los 17 años de edad con 30 casos correspondiente al 37%.

La tabla y gráfico 4 demuestra cuál fue el primer signo o síntoma que presentaron las adolescentes embarazadas de 12 a 17 años que tuvieron las dos principales patologías.

El 78% de casos de parto prematuro presentaron dolor tipo contráctil a nivel de hipogastrio, es decir, 83 pacientes, mientras que el 33% de los casos de aborto espontáneo incompleto presentaron dolor de tipo contráctil a nivel de hipogastrio, es decir, 27

pacientes. El 21% de casos de Parto Prematuro presentaron pérdida de líquido transvaginal, es decir, 23 pacientes, mientras que el 3 % de los casos de aborto espontáneo presentaron la pérdida de líquido transvaginal, es decir, 2 pacientes.

El 1% de casos de Parto Prematuro presentaron sangrado transvaginal, es decir, 1 paciente, mientras que el 64 % de los casos de aborto espontáneo presentaron sangrado transvaginal, es decir, 52 pacientes.

En la tabla y grafica 5 se observan las dos principales patologías obstétricas que presentaron las adolescentes embarazadas, siendo para Parto Prematuro 57 % de los casos, es decir, el 107 de las pacientes y para Aborto Espontáneo Incompleto 43 % de los casos, es decir, el 81 de las pacientes.

En la tabla y gráfico 6 se muestra mediante qué procedimientos se resolvieron las dos principales patologías, es decir el Parto Prematuro se resolvió de dos formas, a través de parto vaginal en un 36%, es decir, 68 de las pacientes y a través de parto por cesárea en un 21%, es decir, 39 de las pacientes. Mientras que de los casos de aborto espontáneo incompleto se resolvieron mediante legrado uterino instrumental en un 43%, es decir, 81 de las pacientes.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En relación a lo descrito en las tablas y gráficos se confirma la hipótesis en la totalidad de los objetivos generales y específicos con relación a las enfermedades que afectan en el embarazo adolescente.

Se concluye que:

1. La cantidad de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 fueron 1492 pacientes de las cuales 491 no presentaron patologías durante su embarazo o momento del parto por lo que se obtuvo 1001 pacientes que si presentaron patologías y fueron objeto de nuestro estudio.
2. Las dos principales patologías obstétricas más frecuentes que se presentaron fueron Parto prematuro con 10.7%, seguido de Aborto espontaneo Incompleto con 8.1%.
3. La edad con mayor frecuencia que presentó las dos patologías obstétricas fue a los 17 años, para Parto prematuro con un 43 %, seguido de Aborto espontaneo incompleto con un 37%.
4. El primer signo o síntoma que presentaron las adolescentes embarazadas, para Parto prematuro fue el dolor tipo contráctil a nivel de hipogastrio en un 33% y para Aborto espontaneo incompleto el sangrado transvaginal en un 64%.
5. Las dos principales patologías obstétricas que presentaron las adolescentes embarazadas, se dividen en Parto Prematuro con un 57 % y en Aborto Espontáneo Incompleto en un 43 %.

6. El procedimiento mediante el cual se resolvieron las 2 patologías más frecuentes, para Parto prematuro, mediante parto vaginal 64% y parto por cesárea 36%. Mientras que las pacientes que presentaron aborto espontaneo incompleto se les realizo un legrado uterino instrumental en un 100%.

5.2. RECOMENDACIONES

Realizar el presente trabajo de investigación a nivel de todas las casas Hospitalarias, para así mediante este método diagnosticar las patologías más frecuentes y poder crear campañas de lucha contra las enfermedades con mayor incidencia.

Planificar charlas de prevención a nivel de la Comunidad, Centros Educativos y Subcentros de salud para evitar las causas que conlleven a un Parto Prematuro y al Aborto Espontáneo.

Capacitar con frecuencia al Equipo Médico en temas relacionados a dichas patologías, lo cual permitirá un manejo adecuado y oportuno en las Adolescentes gestantes que presenten los factores predisponentes.

Que los Centros Hospitalarios cuenten con equipamiento adecuado y pertinente para poder detectar a tiempo las causas que conllevan a producir el Parto Prematuro y el Aborto Espontáneo y evitar que sucedan.

6. PROPUESTA

6.1. TÍTULO: CHARLAS EDUCATIVAS

6.1.1. DETERMINACIÓN DE LAS CAUSAS

Las adolescentes gestantes enfrentan grandes riesgos de salud debido a su corta edad y falta de conocimiento sobre el embarazo en general.

Por lo que es sumamente importante informar a las futuras madres sobre los riesgos y complicaciones de un embarazo a su edad, al igual explicar todos los cambios que se irán produciendo desde el momento en que la adolescente queda embarazada hasta cuando se produzca el momento del parto.

De igual forma se deberá comunicar a las adolescentes gestantes los factores de riesgo y las causas principales que conllevan a presentar patologías durante el embarazo o al momento del parto y así poderlos prevenir o actuar a su debido tiempo.

6.1.2. OBJETIVOS

6.1.2.1. Objetivo General

Dar a conocer a las adolescentes embarazadas las causas principales y los factores de riesgo que las predisponen a tener un Parto Prematuro o Aborto espontaneo incompleto.

6.1.2.2. Objetivos Específicos

- Concienciar a las futuras madres de cambiar su forma de vida, en especial en sus hábitos de higiene íntima, para prevenir un Parto Prematuro o Aborto Espontaneo incompleto.
- Enseñar a las adolescentes embarazadas cuales son las principales causas y los factores de riesgo que conllevan a padecer una de estas dos patologías.

- Lograr que las adolescentes gestantes que ya hayan tenido antecedentes de Parto Prematuro o Aborto Espontaneo incompleto, en su nuevo embarazo, mantenga un control mucho más exhausto para así poder prevenirlas.

6.1.3. RECOMENDACIONES

- Motivar a las adolescentes gestantes para que sigan los consejos presentados a ellas durante las charlas informativas.
- Utilizar métodos didácticos para que las adolescentes gestantes capten mucho mejor las charlas informativas que se vayan a realizar.
- Llevar un registro detallado de las pacientes que hayan presentado antecedentes de Parto Prematuro y de Aborto Espontaneo Incompleto, para realizar un adecuado control del nuevo embarazo y poder prevenirlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. GALLEGO Arbeláez Jaime Dr., Cortés Díaz Daniel. Dr. Libro Virtual Obstetricia integral Siglo XXI, año 2011
2. NORMAS DE MANEJO EN EL HOSPITAL GINECOOBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR Tercera Edición, año 2011
3. PerkinElmer Genetic Screening Center of Excellence, Libro Virtual año 2009
4. VARGAS Fiesco Diana Carolina Dra., Jorge Andrés Rubio Romero Dr. Libro Virtual Obstetricia Integral Siglo XXI TOMO I Y II, año 2011.
5. VERGARA SAGBINI GUILLERMO Dr. Sub Gerencia Científica ESE Protocolo de Clínica Maternidad Rafael Calvo, año 2009.
6. http://www.abortos.com/tipos_aborto.htm Portal En línea
Consulta realizada el 10 de febrero del 2013.
7. http://www.clinicador.com/clinicador_web/documentos/otros/Reducir_la_mortalidad_por_aborto.htm Portal En línea. Consulta realizada el 10 de febrero del 2013.
8. http://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_espont%C3%A1neo Portal En línea
Consulta realizada el 10 de febrero del 2013.
9. <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia> Portal En línea
Consulta realizada el 30 de enero del 2013.
10. http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente Portal En línea
Consulta realizada el 30 enero del 2013.
11. http://es.wikipedia.org/wiki/Parto_pret%C3%A9rmino. Portal En línea
Consulta realizada el 16 de febrero del 2013.

12. <http://escuela.med.puc./paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/partoprematuro>
Portal En línea. Consulta realizada el 16 de febrero del 2013.
13. <http://geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm> Portal En línea
Consulta realizada el 16 de febrero del 2013.
14. <http://salud.univision.com/es/embarazo-y-parto/trabajo-de-parto-prematuro>
Portal En línea. Consulta realizada el 16 de febrero del 2013.
15. <http://www.bebesymas.com/embarazo/tipos-de-aborto-espontaneo> Portal En línea
Consulta realizada el 10 de febrero del 2013.
16. <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/> Portal En línea. Consulta realizada el 30 enero del 2013.
17. <http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html> Portal En línea
Consulta realizada el 30 enero del 2013.
18. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001488.htm>
Portal En línea. Consulta realizada el 16 de febrero del 2013.
19. http://www.peques.com.mx/consecuencias_de_embarazo_en_la_adolescencia.htm
Portal En línea. Consulta realizada el 30 enero del 2013.
20. http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf
Portal En línea. Consulta realizada el 16 de febrero del 2013.
21. <http://www.taringa.net/posts/femme/2085782/Todo-Sobre-el-Aborto-Una-Pena.htm>
Portal En línea. Consulta realizada el 10 de febrero del 2013.

ANEXOS

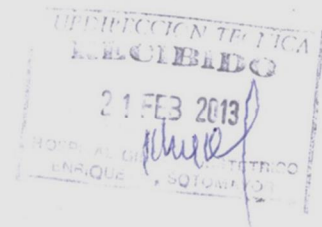
CRONTOL DE TUTORIAS

ACTIVIDADES	SEP.				OCT.				NOV.				DIC.				ENE.				FEB.				MAR.				ABR.				MAY.				JUN.				JUL.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración y presentación del tema y asignación del tutor	X	X	X	X																																								
Revisión bibliográficas						X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Revisión de anteproyecto por tutor, reajustes									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
recolección de datos																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Procesamiento y análisis de datos																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Elaboración del informe final																									X	X	X	X	X	X	X	X												
Entrega de tesis a la secretarias del internado																													X	X	X	X	X	X	X	X								
Sustentación de tesis																																					X	X	X	X				

SOLICITUD ENVIADA AL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR

Guayaquil 21 de febrero del 2013

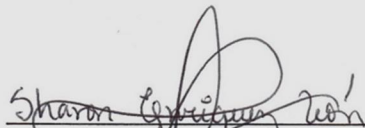
Dr. Luis Hidalgo Guerrero
Director del Hospital Enrique C. Sotomayor



De mis consideraciones.

Yo Sharon de los Ángeles Enríquez León me dirijo a usted para pedirle muy comedidamente me permita el ingreso al área de Estadística del Hospital Enrique C. Sotomayor por motivo de llevar a cabo la realización de mi tesis con el tema: "Caracterización de las patologías Obstétricas más frecuentes que se presentan en Adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad", con la ayuda de mi Tutora Obstetriz Ángela Macías Gaytán.

Agradeciendo de antemano su ayuda me despido de usted.


Sharon Enríquez León
CI 0930002092

