

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUGÍA.**

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA AMENAZA DE ABORTO EN
PACIENTES ADOLESCENTES EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO
INGRESADAS EN LA SALA DE COMPLICACIONES I DEL HOSPITAL BERTHA
CALDERÓN ROQUE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2015.**

AUTORES:

MARTHA NINOSKA CARDENAL PÉREZ.

GIPSY ZARAHY FUENTES CARCACHE.

WILBER ANTONIO RIVERA MALDONADO

TUTOR:

MSC. MD. JOSÉ DE LOS ÁNGELES MÉNDEZ.

ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por habernos permitido llegar hasta este punto por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestros caminos a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. Gracias por darnos lo necesario para seguir adelante día a día para lograr nuestros objetivos y metas.

A nuestros padres y familiares por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, en especial a nuestras madres por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos han permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor incondicional. A nuestros padres por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que nos transmiten enseñanzas siempre a través de una simple lección de vida, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor incondicional. A nuestros hermanos por ser siempre los mejores, los queremos y a todos aquellos que ayudaron directa o indirectamente a realizar este documento.

A nuestro gran docente Msc Dr. José de los Ángeles Méndez por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por su apoyo ofrecido en este trabajo, por habernos transmitidos los conocimientos obtenidos y habernos llevado pasó a paso en el aprendizaje. Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario.

A nuestros amigos, que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos. Gracias a todos ustedes hoy somos lo que somos, y nos enorgullece y motiva a seguir siempre adelante. Gracias a su apoyo incondicional nosotros también seremos un ejemplo a seguir de las futuras generaciones.

AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo. Por eso agradecemos infinitamente a nuestro tutor, Msc Dr. José de los Ángeles Méndez por compartir sus conocimientos con mucho amor y disposición, A nuestros padres quienes a lo largo de toda nuestra vida han apoyado y motivado nuestra formación académica, quienes creyeron en nosotros en todo momento y no dudaron de nuestras habilidades, a nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza también. Agradecemos a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien. Por último queremos dar las gracias a todas aquellas personas que aparecieron en cada etapa de nuestras vidas y que con una sonrisa, nos ofrecieron la mano en tiempos difíciles, que han puesto de su parte para que el trajín diario sea más llevadero, para todos aquellos que sin darse cuenta representaron una base de apoyo.

Porque cada ser de pende de un todo, y ese todo no existiría sin cada ser.

OPINIÓN DEL TUTOR

La calidad de vida, especialmente en las mujeres no solo depende de ellas, sino de todos los elementos que están a su alrededor.

El embarazo marca el hito de una vida saludable, en el que, el buen control y la vigilancia permitirá que en el momento oportuno manejar una complicación que puede afectar la vida del binomio Madre - Hijo.

Los investigadores han abordado un tema de muy alto valor para la calidad de vida, y que sus resultados servirán de base para enfocar puntos claves que afectarían un futuro ser humano.

Reciban los investigadores mis más altas muestras de felicitaciones por el deber cumplido.

Atentamente:

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez
Gineco – Obstetra
Tutor

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes embarazadas en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre del año 2015.

Se trata de un estudio analítico de casos y controles donde la muestra fue de 120 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron con amenaza de aborto al HBCR captadas mediante información reflejada en los expedientes clínicos recolectadas por medio de una ficha de recolección de datos, de las cuales 40 correspondieron a los casos y 80 a los controles tomándose por cada caso diagnosticado 2 controles.

Se concluyó que los factores de riesgo con mayor significancia estadística en el presente estudio para la amenaza de aborto en pacientes adolescentes fueron las enfermedades del embarazo actual como las infecciones del tracto urinario y las infecciones de transmisión sexual y la anemia así como los antecedentes patológicos familiares principalmente la HTA y la Diabetes mellitus ,con respecto a los antecedentes ginecoobstetricos la mayor incidencia de amenaza de aborto se encontró en pacientes primigestas.

En los resultados se encontró que la mayoría de las adolescentes con amenaza de aborto se encontraban en el grupo etáreo de 15 a 19 años ,con escolaridad media ,de ocupación ama de casa ,acompañadas ,57.5% de estas con antecedentes patológicos personales y familiares en un 68.33% , 67.5% habían usado algún método anticonceptivo, el 45% correspondieron a pacientes primigestas , el 92.5% negaron antecedentes de óbito o cesárea .El 62.5% de los controles evolucionaron a un parto vaginal sin mayores complicaciones y 25% terminaron en aborto y 12.5% en cesárea.

Contenido

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
OPINIÓN DEL TUTOR	4
RESUMEN	5
CAPITULO I: GENERALIDADES	8
1.1. INTRODUCCIÓN	8
1.2. ANTECEDENTES	10
1.3. JUSTIFICACIÓN	14
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.5. OBJETIVOS	16
1.6. HIPÓTESIS	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	18
2.1.1. TIPOS DE ADOLESCENCIA	18
2.1.2. CONDICIONANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	21
MENORES DE 15 AÑOS	21
2.2. GENERALIDADES DE ABORTO	25
2.2.1. CLASIFICACIÓN	26
2.2.2. Manifestaciones clínicas: Formas clínicas, signos y síntomas	27
2.2.3. TRATAMIENTO, MANEJO Y PROCEDIMIENTOS:	31
2.3. ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE	34
EMBARAZADA	34
2.4. DATOS GENERALES COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS A	38
LA AMENAZA DE ABORTO	38
2.5. DATOS GINECO - OBSTÉTRICOS DEL GRUPO DE MUJERES EN	41
ESTUDIO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE	41
ABORTO	41
2.6. DATOS PRECONCEPCIONALES COMO FACTOR DE RIESGO	44
ASOCIADO A LA AMENAZA DE ABORTO	44
2.7. FACTORES PROPIOS DEL EMBARAZO COMO FACTORES DE	50
RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE ABORTO	50
CAPITULO III: DISEÑO	62
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	62

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	67
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	71
CAPITULO V: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	74
CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....	76
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES.....	77
CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFIA.....	78
ANEXOS.....	83
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	84
INSTRUMENTOS.....	85
TABLAS Y GRÁFICOS.....	87

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños. (1)

La amenaza de aborto es la complicación más común durante el embarazo, se define como el sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación o con un feto menor de 500g, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de productos de la concepción. Cuando una mujer presenta síntomas de dolor o hemorragia durante las primeras semanas del embarazo las posibilidades diagnosticas son un embarazo intrauterino viable, embarazo intrauterino no viable y embarazo ectópico. La medición de Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) y el ultrasonido pélvico son comúnmente utilizados para ayudar en el diagnóstico diferencial.

El sangrado transvaginal durante el primer trimestre está asociado aproximadamente con 42% de riesgo de padecer posteriormente un aborto incompleto y si el embarazo continua se eleva el riesgo de presentar hemorragia preparto, parto pretérmino o bajo peso al nacer.(2)

A pesar de los éxitos alcanzados en ciertas áreas, la pobreza en Nicaragua continua siendo aguda y generalizada. Actualmente existen personas viviendo en la pobreza, lo que conlleva a muchas repercusiones negativas para sus habitantes como son, la desnutrición, altas tasas de fecundidad, alfabetismo, violencia etc. (3)

La tasas de fecundidad en Nicaragua, son el doble del promedio latinoamericano, como resultado de la población es joven (alrededor del 50% son menores de 17 años). No es raro de esperar que también tengamos las tasas de fertilidad de adolescentes más altas de la región.(4)

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado de las oportunidades de educación y empleo (Centro Nacional de educación Sexual, adolescencia, sexología y sociedad, 1995).

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. Entre las cuales se destacan el aborto, la, amenaza de aborto, entre otros. (5)

Cada año 3, 312,000 millones de adolescentes latinoamericanas llevaran a término un embarazo y por lo general son embarazos no planificados, teniendo como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y de forma más dramática el aumento del riesgo de complicaciones repentinas e impredecible.

Por lo menos el 40% de todas las embarazadas tienen algún tipo de patologías durante el embarazo, aproximadamente en el 15% de ellas pueden poner en peligro su vida y demandar atención obstétrica inmediata.

1.2. ANTECEDENTES

La adolescencia siempre ha sido una etapa compleja de entender para el mundo adulto, Sobre todo a la hora de hablar de sexo, El Centro Latinoamericano de Salud y Mujer (CELSAM) da a conocer un trabajo de investigación en el 2008 que 2/3 de las jóvenes encuestadas entre 13 y 19 años, dicen que en su colegio no tienen un programa estable de educación sexual; piden una educación “más realista” y señalan que su principal temor es al embarazo. Esto, sin importar su condición socioeconómica. (37)

Un estudio realizado en Guayaquil, Chile en el “Hospital Maternidad Mariana de Jesús” de septiembre de 2012 a febrero de 2013 a un total de 100 pacientes embarazadas adolescentes de 12 a 18 años se encontró que en cuanto al rango de edad el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje lo presentaron las pacientes de 12 a 14 años con el 10% ,de acuerdo al estado civil el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes del unión libre 51%, seguido de solteras 21%, y separadas 19%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes casadas 9%. El mayor porcentaje de adolescentes embarazadas en la maternidad Mariana de Jesús de acuerdo a la residencia, es Urbano Marginal 37%, seguido de Urbano Central 30%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes de procedencia rural 15%. En cuanto a factores de riesgos que predisponen a problemas obstétricos en adolescentes embarazadas, corresponde a IVU con 47%, seguido vaginosis 21%, y exceso físico 17%, mientras que el menor porcentaje fue traumatismo 15% dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje lo presenta la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato Familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual; En cuanto a la paridad en adolescente, lo presentaron las nulíparas con el 73%, seguido de las secundígesta 22%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes multíparas con 5%.En cuanto a la mayor complicación materna presentada en adolescentes embarazadas, fue amenaza de aborto 40%, seguido de parto prematuro 34%, y preeclampsia 26 %.(1)

Un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el departamento de Gineco-Obstetricia de los Hospitales Nacionales: Pedro de Betancourt, La Antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, Santa Rosa, publicado en agosto de 2008 se encontraron 52,148 registros clínicos

de gestantes de todas las edades, de éstos 27% correspondían a gestantes adolescentes, durante el período de enero de 2002 a enero de 2007, La edad con mayor frecuencia de embarazo fue a los 18 años (33%) y la edad menos frecuente fue a los 12 años, lo cual representa 1% del total de casos se determinó que la edad media en la que ocurre el embarazo en adolescentes es a los 16 años, se encontró que las principales complicaciones presentadas durante el primer trimestre fueron aborto espontáneo y metrorragias en 44% y 41% (36).

En Un estudio realizado por Rojas otero sobre los factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto en el Instituto Materno Perinatal en el periodo de febrero-septiembre del 2008 , Los Factores médicos y socio epidemiológico que tuvieron mayor relevancia en la población fueron, edad entre 20 y 35 años (60%), edad de la primera relación sexual entre 15 y 19 años (68.1%), el embarazo no deseado (41.5%), Indujeron el aborto (12.6%), no usaban métodos anticonceptivos (89.6%), el mayor número de casos se presentó en la paridad 2 a 5 (61.5%) y la gestación continuó en 80% de los casos. Así mismo constituyen factores de riesgo evidente la edad menor a 20 años (OR =2.88) y el embarazo no deseado (OR = 2.75), y el mayor factor protector es el control prenatal (OR =6.6). (35)

La revista electrónica los Portales Médicos manifiesta que en la evolución de la gestación se conoce que no todas las amenazas de aborto se pierden, sino que puede continuar su desarrollo normal.refiere que hasta el 20% de casos hay evolución favorable y que 30% termina como aborto incompleto a edad gestacional 7 a 10 semanas. (33)

En un artículo publicado por Panduro Barón JG y col en el año 2012 , sobre un estudio realizado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca el embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales revelo que en una muestra de 550 puérperas adolescentes ≤ 18 años, las complicaciones más frecuentes en las adolescentes embarazadas fueron rotura prematura de membranas, amenaza de parto pre término y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, lo que se relaciona con el problema sociocultural y económico que representa el estado civil, porque son dependientes de sus padres ,carecen del apoyo de su pareja, aun son estudiantes y la falta de uso de métodos anticonceptivos. (34)

Los registros del Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua, evidencian que en promedio anual, del total de partos registrados, un 26% es en adolescentes en el período 2005 -2013 se observa un incremento en números absolutos, pasando de 32,403 a 35,045 partos en adolescentes, Según departamentos del país, los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con mayor porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en el año 2013, son Managua (18.09%), Matagalpa (11.39%) y Jinotega (9.31%), al estratificar los municipios según quintiles de riesgo, encontramos que un cuarto del total de municipios del país, se encuentra con un riesgo de 2 veces más embarazo en adolescentes que la tasa promedio del país, calificándolos como de muy alto riesgo. El 60% de las adolescentes en edad de 15 a 17 años ha recibido educación sexual únicamente en la escuela y 21.8% no han recibido curso alguno ni dentro o fuera del sistema escolar. Los departamentos donde hay mayor porcentaje de mujeres de 15 y 24 años sin haber tenido curso de educación sexual son: Jinotega (40.9%), RAAS (35.6) y RAAN (33.7). Como parte de la atención prenatal básica, las pruebas para detectar sífilis y VIH, así como la prescripción de consumo de ácido fólico durante el embarazo, son primordiales para dar seguimiento a este periodo. Se muestra que a 90.6% de las adolescentes se les realizó la prueba de VIH de forma voluntaria, y 93.20% informó que tomó ácido fólico . (41)

Un estudio sobre los “factores de riesgo asociado a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes desnutridas en el primer y segundo trimestre del embarazo atendidas en el centro de salud Silvia Ferrufino en el año 2005 y primer trimestre del año 2006 en la ciudad de Managua” demostró que la mayoría de adolescentes embarazadas tenían entre 15 a 19 años (82.5%) y el resto menores de 15 años (17.5%), según la escolaridad el 71.7% tienen algún grado de escolaridad y el 28.3% analfabetas/alfabetizadas, el 69.2% tenían como ocupación ama de casa y el 30.8% otro tipo de ocupación , en cuanto al estado civil el 25% eran solas y el 75% casadas/acompañadas, en los antecedentes patológicos personales el 57% reportaron tener del tipo de ITU(40.5%), anemia(27.5%), asma(14.5%) HTA (10.1%), epilepsia (8.7%), TB pulmonar(2.9%) y VIH(2.9%) y el 41.5% de las adolescentes no reportaban ninguno; con respecto a los antecedentes patológicos familiares el 66.7% reportaron tener, entre ellos los más frecuentes fueron HTA(73.8%) y DM(37.5%) y 33.3% no reportaron ningún antecedente. En los antecedentes personales no patológicos el más frecuente en un 98% fue el alcohol ,con respecto al uso de métodos anticonceptivos la mayoría en un 67.5%

reportaron el uso de algún método, los más frecuentes los métodos inyectables(58%) y los gestagenos orales (42%),dentro de los antecedentes obstétricos de las pacientes ,la mayoría fueron primigestas, el 55.8% fueron nulíparas, el 33.3% un parto y el 10% dos partos ,en cuanto a las patologías del embarazo en general se encontró que el 96.7% de las pacientes por lo menos presentaban una patología ,las más comunes durante el embarazo fueron ITU(77.6%), anemia(52.6%),ITS (31.9%) , SHG(10.3) ,APP(2.6%) y DM(0.9%),cuando se analizaron de manera individual se encontró que la anemia aumento el riesgo de desarrollar amenaza de aborto alrededor de 3 veces y las ITS aumentaron el riesgo hasta tres veces y media. (18)

1.3. JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua cientos de adolescentes cada año quedan embarazadas, a menudo con resultados trágicos como: complicaciones médicas, aborto ilegal, muerte materna, niños abandonados, educación interrumpida y aún suicidio. La tasa de fecundidad es de 152 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, siendo la más alta en América Latina.

Las adolescentes que se embarazan tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y la morbi-mortalidad perinatal y neonatal es mayor en hijos de madres adolescentes (.Además, la actividad sexual temprana junto con el bajo rendimiento escolar suelen ocasionar según la OPS, mayores tasas de natalidad y exponen a las adolescentes a riesgos de quedar embarazadas.(El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces mayor al de un recién nacido a término, con cifras muy variables en función de las semanas de gestación.

Se dice que el uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes de Nicaragua es relativamente bajo, aunque la mayoría de los adolescentes por lo menos pueden mencionar un método, sólo el 59% de los adolescentes sexualmente activas habían empezado a utilizar los métodos de planificación familiar para el año 1999. Solo una tercera parte de las adolescentes todavía no habían concebido. El tiempo promedio en Nicaragua entre la primera relación sexual y el nacimiento del primer bebe es de 21.5 meses.

El embarazo en adolescentes es y sigue siendo un problema de salud pública que debe ser abordado de manera integral, en donde deba existir una participación de los gobiernos locales, nacionales, organismos no gubernamentales y en general la familia , como núcleo importante de la sociedad. (6)

Con este estudio se pretende establecer los factores riesgos maternos y obstétricos que inciden en amenaza de aborto que se presenta en las adolescentes. Se considera de gran importancia la determinación de los factores de riesgo que afectan a este grupo etáreo, para incidir en ellos y contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestro hospital y resto del país, mejorando de esta forma la calidad del servicio de salud que se ofrece.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe en el mundo aproximadamente 500 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, la mayor parte de ellos activos sexualmente y, por tanto, expuestos al embarazo. (7). En Nicaragua persiste el embarazo durante la adolescencia, reduciendo en las madres la posibilidad de gozar de salud física y emocional, obtener mayores logros educativos y un empleo decente (8). El embarazo en la adolescencia está vinculado a una serie de factores de riesgo biológicos y psicosociales tanto para la madre como para el producto de la concepción.

Por estas razones consideramos que el embarazo en la adolescencia se presenta como un alto riesgo, haciéndose necesario el conocer los factores asociados que desencadenan complicaciones como la amenaza de aborto que afectan a nuestras adolescentes en la primera mitad del embarazo , con el objetivo de incidir en medidas correctas, conociendo el manejo que se realiza de las mismas para el bienestar de los pacientes y motivar el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. Por lo cual nos planteamos, el conocer la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de Complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a diciembre del 2015?

1.5. OBJETIVOS

General

Determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en adolescentes durante la primera mitad del embarazo ingresado en la sala de complicaciones 1 del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a diciembre del 2015.

Específicos

1. Determinar los datos generales del grupo de mujeres en estudio como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto.
2. Determinar los datos gineco - obstétricos del grupo de mujeres en estudio como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto.
3. Determinar los datos preconceptionales como factor de riesgo asociado a la amenaza de aborto del grupo de mujeres en estudio.
4. Determinar los factores del embarazo como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en el grupo de mujeres en estudio.
5. Describir la evolución del embarazo.

1.6. HIPÓTESIS

Ha: Si existen factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en adolescentes.

Ho: No existen factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en adolescentes.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Se define como: "el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental." (9)

De manera consistente en que las Naciones Unidas define la adolescencia, se considera embarazo en la adolescencia aquel embarazo que ocurre entre las edades de 10 a 19 años.(10)

2.1.1. TIPOS DE ADOLESCENCIA.

Adolescencia temprana (10 a 13 años).

Biológicamente, es el período peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años).

Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, {compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17a 19 años):

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (1)

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años. (11)

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico. (12)

En lo Biológico se altera el vínculo madre e hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos, y cesáreas, en el niño bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas.

Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes. La maternidad induce a la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo.

Es común que deba asumir responsabilidades no propias de esta etapa de su vida, reemplazando a su madre, viéndose privada de las actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser “una hija madre”. En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación

con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras.

Los factores de riesgo (FR) se entienden como aquellas características o atributos que aumentan la probabilidad de que ocurra algún daño a la salud de las personas. Por ejemplo, el factor de riesgo tabaquismo positivo, implica que las mujeres que fuman en el embarazo tienen más probabilidades de que sus hijos tengan bajo peso al nacer en comparación, con aquellas mujeres que no fuman. En el terreno de la Obstetricia los FR representan las características que se presentan en el transcurso del embarazo, parto, puerperio y recién nacido; para lo cual, los expertos han realizado distintas clasificaciones que van desde números, colores e incluso software, con el fin de sistematizarlos y con ello realizar medidas anticipatorias para cancelar, disminuir o modificar el o los factores de riesgo y evitar daños a la salud materna. Asimismo, los FR han sido clasificados en biológicos, psicológicos y sociales. Entre los FR biológicos se encuentran por ejemplo: la edad, el peso, la talla o el número de embarazos; mientras que en los de orden social se hallan: el nivel socioeconómico, el estado civil o la escolaridad; y dentro de los psicológicos estarían: la actitud de la mujer ante el embarazo, el nivel de depresión o el estrés. (13)

La edad materna inferior a los 18 años incrementan los riesgos de salud en la madre y el niño ; pues se ha concretado la necesaria maduración bio –psico-social.

A la adolescencia se asocia a factores sociales que repercuten en el bajo peso al nacer, como el embarazo no deseado, la madre soltera bajo nivel de educación y el momento de gestación en que se realiza la captación. Existe una probabilidad tres veces mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer si el número de controles gestacionales es inferior a 3. A diferencia de lo observado en otros países de la región, la mayoría de nuestras adolescentes están escolarizadas, en más del 90% de los embarazos son captados en el 1er trimestre, y se recibe como promedio 12 consultas prenatales; pero se observa una tendencia a reducir la participación de las y los adolescentes en el total de matrimonios y a incrementarse en el total de divorcios

2.1.2. CONDICIONANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. Una alta proporción de los embarazos adolescentes no son deseados (entre 35% y 52% en América Latina y el Caribe) y seguramente esta proporción es mayor en las menores de 15 años.

Los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes muy tempranos son diversos y complejos. Entre ellos cabe destacar el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la creciente “erotización” y liberación sexual a la que están permanentemente expuestos/as los(as) jóvenes a través de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual y la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad. Además, cabe señalar el particular peso que tienen las relaciones no consentidas, el abuso sexual y las agresiones sexuales como factor causal del embarazo en menores de 15 años.

Iniciación sexual

Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina, tal vez más de lo que los adultos imaginan. Entre 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años.

La iniciación sexual muy temprana puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las jóvenes no tienen la madurez o la asertividad para utilizar medidas preventivas. Los programas que abordan la sexualidad adolescente suelen fomentar el retardo del inicio de las relaciones sexuales sin poner énfasis simultáneamente en la promoción del uso de métodos anticonceptivos.

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual.

Violencia sexual

El abuso sexual y las agresiones sexuales en la niñez y adolescencia son fenómenos que están ganando mayor visibilidad. El abuso sexual incluye acciones con y sin contacto sexual. El coito forzado es el abuso sexual definido como violación. En algunos países también es violación el coito entre una menor de 12 años y un mayor de edad, aún cuando sea voluntario por la posibilidad de coerción, inducción o seducción engañosa en la obtención del consentimiento.

La edad del consentimiento sexual es aquella por debajo de la cual el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales no resulta válido a efectos legales, presumiéndose violencia o abuso por parte del que fuere mayor de edad, sin importar la existencia o no de cualquier violencia o abuso real. La legislación de los distintos países de la región suele ubicar la edad de consentimiento sexual entre los 14 y 16 años.

Explotación sexual

La explotación sexual comercial infantojuvenil es el empleo comercial para actividades de índole sexual de personas menores de edad a cambio de remuneración económica u otro tipo de beneficios. Incluye prostitución, pornografía, trata de personas y turismo sexual.

La explotación sexual de niños/as y adolescentes es una de las más serias violaciones de sus derechos humanos y dignidad. Es un tema complejo atravesado por cuestiones legales, económicas y sociales, ligado a situaciones de pobreza, tráfico de personas, abuso sexual, niños en situación de calle, desempleo, migración y farmacodependencia, entre muchas otras

La explotación sexual afecta a 10 millones de niños/as y adolescentes de 10 a 17 años en todo el mundo. Las niñas y adolescentes menores de 15 años muchas veces son raptadas por las redes de tráfico de personas o son entregadas o “vendidas” por sus familias y viven en

situaciones de esclavitud. Los niños y niñas de la calle son particularmente vulnerables a la explotación sexual.

Se estima que 65% de los niños y niñas en situación de calle en las capitales de los países latinoamericanos son explotados/as sexualmente y para muchos/as ese es un recurso de supervivencia.

Las niñas y adolescentes explotadas sexualmente están expuestas a un alto riesgo de embarazo no deseado y contagio de ITS y VIH, así como a otros problemas, incluyendo abuso de drogas, desnutrición, violencia física y sexual, y problemas de salud mental como estrés postraumático y suicidio.

Uso de métodos anticonceptivos

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad.

En muchos países de la región las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre el cuerpo y procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el período fértil. Este desconocimiento es mayor en las adolescentes más jóvenes. En casos extremos, el embarazo no es reconocido hasta el momento del parto. De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso, o circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud en México (ENSA 2000), 54,2% de los y las adolescentes de 12 a 14 años dijeron conocer al menos un método anticonceptivo. Este porcentaje se reduce a 31,9% entre los adolescentes del mismo grupo de edad sin escolaridad.

Aborto

El aborto está legalmente restringido en la mayoría de países de América Latina. Sólo Cuba, Guyana, Puerto Rico y la Ciudad de México tienen legislaciones que permiten el aborto voluntario. Los demás países admiten por lo general el aborto sólo en algunas circunstancias como por ejemplo cuando el embarazo representa un peligro para la salud o para la vida de la madre, y cuando es producto de una violación. Sin embargo, el acceso al aborto legal en estas situaciones no es fácil, ya que existen innumerables obstáculos políticos, institucionales y personales que hacen que los abortos no punibles no se lleven a cabo en tiempo y forma.

Por tratarse de una práctica clandestina, no es posible conocer la incidencia real del aborto en América Latina. La Organización Mundial de la Salud estima que se llevan a cabo 3.9 millones de abortos inseguros en la región, de los que aproximadamente 18% corresponde a menores de 20 años.

No existe un patrón lineal de conducta de las adolescentes frente a un embarazo no previsto. Por un lado, suelen ocultarlo inicialmente del mundo adulto por miedo a la sanción social y familiar. Por otro lado, cuando la familia toma conocimiento del embarazo tiene un gran peso en la decisión sobre el destino del mismo, aún cuando se contradiga con la voluntad de la joven.

Programas de salud reproductiva para adolescentes

Los acuerdos internacionales de derechos humanos aprobados en los últimos quince años defienden la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los/as adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, el instrumento de derechos humanos más universalmente aceptado, garantiza los derechos de los niños, niñas y adolescentes, inclusive la protección contra la discriminación, los malos tratos y la explotación; la participación en decisiones que afectan sus vidas; el disfrute de privacidad y el acceso a la educación y a los servicios de salud e información al respecto. Todos esos derechos tienen repercusiones directas sobre la salud reproductiva de los/as adolescentes. En 1994, durante la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, los gobiernos se

comprometieron a abordar las necesidades de salud reproductiva y los derechos reproductivos de los y las adolescentes. En 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, los gobiernos reafirmaron ese compromiso y destacaron especialmente a la importancia de focalizar en la situación de niñas y adolescentes.

A pesar de ello, en muchas partes del mundo las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población adolescente son poco comprendidas o directamente ignoradas. Esta desatención amenaza la salud y el bienestar de los y las adolescentes. (14)

2.2. GENERALIDADES DE ABORTO

Aborto: Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g. de peso, que se alcanza a las 22 semanas. (Impera el peso sobre las semanas de gestación) (15).

Etiología:

- ❖ Ovulares (representan el 80-90% de los abortos espontáneos: factores hereditarios, defectos cromosómicos o de las células sexuales).
- ❖ Maternas orgánicas: sistémicas y locales referidas al aparato reproductor. (Tuberculosis, Toxoplasmosis, Enfermedad de Chagas, Infecciones pélvicas-génito-urinarias, Desgarros cervicales)
- ❖ Funcionales (Endocrinopatías: Diabetes, Hipertiroidismo, Cuerpo lúteo insuficiente)
Inmunológicas: Lupus Eritematoso.
- ❖ Psicodinámicas: Stress extremo, Sicosis.
- ❖ Tóxicos: Intoxicación con Plomo, Mercurio, Alcoholismo.
- ❖ Carencial: Hipovitaminosis, anemia, malnutrición, falta de oligoelementos.
- ❖ Traumatismos físicos.

- ❖ Social: violencia física y sexual.

2.2.1. CLASIFICACIÓN

- Espontáneos: Son los que se producen de manera involuntaria sin intervenciones externas que provoquen la interrupción del embarazo.
- Provocados: Son los que se producen con intervenciones externas que provocan la interrupción del embarazo:
- Aborto por indicación médica (aborto terapéutico).
- Aborto por otras causas (embarazo no deseado).

Aborto realizado en condiciones inseguras o de riesgo se define como un procedimiento realizado, ya sea por personas que no tienen las habilidades necesarias o en un ambiente donde no se aplican las normas médicas mínimas o por ambos factores.

Formas clínicas del aborto

- ❖ Amenaza de aborto.
- ❖ Aborto inminente o en curso.
- ❖ Aborto inevitable.
- ❖ Aborto diferido o Huevo muerto y retenido.
- ❖ Aborto incompleto
- ❖ Aborto completo

- ❖ Aborto séptico

FACTORES DE RIESGO:

- Primiparidad.
- Edades extremas de la vida reproductiva (menor de 15 y mayor de 35 años).
- Multiparidad.
- Antecedentes de abortos previos.
- Antecedente de embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas.
- Malas condiciones socioeconómicas.
- Infección urinaria.
- Práctica de maniobras abortivas en embarazo actual.
- Falla de método anticonceptivo.
- Violencia física y sexual.
- Alcoholismo y adicciones.
- VIH / Sida.

2.2.2. Manifestaciones clínicas: Formas clínicas, signos y síntomas.

- Amenaza de aborto:

Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.

- Aborto inminente o en curso

Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.

- **Aborto inevitable:**

Presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.

- **Aborto frustrado, diferido o Huevo muerto retenido:**

El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.

- **Aborto incompleto:**

El contenido uterino se expulsa parcialmente, el tamaño del útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino está dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.

- **Aborto completo:**

El huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.

- **Aborto Séptico:**

Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobregregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa.

❖ Temperatura mayor a 37.5°C, se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.

❖ Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (endometritis).

❖ Útero doloroso a la palpación y reblandecido (miometritis).

❖ Dolor a la movilización lateral del cuello (parametritis).

❖ El cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares.

❖ Dolor a la palpación del hemiabdomen inferior.

Auxiliares diagnósticos

Test de embarazo, de acuerdo a disponibilidad de insumo en la unidad.

1. En sangre positivo a los 6-8 días después de ovular o sea después de la tercera semana de la FUR.
2. En orina a las 2 semanas después de ovular o sea al mes de la fecha de última regla.
3. (Fracción subunidad Beta de HCG) detecta concentraciones en orina de 50 mUI/cc o superiores y en sangre, de 25mUI/cc o superiores.

Falsos positivo: coriocarcinomas, deficiencia de inmunoglobulina A, anticuerpos heterófilos, enterocistoplasias, enfermedades trofoblásticas gestacionales (GTD) (incluso neoplasias), tumores de células germinales, y otros tipos de cáncer (como el cáncer de pulmón).

El ultrasonido obstétrico transvaginal tiene mayor sensibilidad que el abdominal para valorar vitalidad fetal en embarazos menores de 14 semanas. Los hallazgos a encontrar son los siguientes:

- Presencia de saco gestacional:
- Forma redondeada hasta las 7 semanas.
- Localizada en el fondo uterino.
- Anillo ecogénico rodea el saco.

Presencia de saco vitelino: Su presencia confirma la existencia de un embrión. Crece a razón de 1mm por semana.

Visualización del embrión: crece a razón de 1mm por día.

Embarazo Anaembriónico.

La no visualización de embrión con ultrasonido abdominal cuando hay un saco gestacional con diámetro medio de 25 mm (siete semanas y 2 días) o la ausencia de saco vitelino si tiene 20 mm (seis semanas y 5 días). La valoración del US por vía transvaginal demostrará la ausencia de embrión con saco gestacional de 18 mm o la ausencia de saco vitelino si el saco gestacional tiene un diámetro de 13 mm. Se deberá descartar embarazo incipiente como diagnóstico diferencial.

Los cambios que sugieren la gestación interrumpida son:

- Saco gestacional irregular.
- Pobre reacción decidual: menor de 2 mm.
- Doppler color pobre en la periferia del saco gestacional.
- Inserción baja del saco Gestacional.
- Saco vitelino menor de 2 ó mayor de 8 mm en la sexta semana de embarazo.
- Saco vitelino irregular o doble o hiperecogénico
- Realizar una correlación diagnóstica entre los hallazgos del ultrasonido y dosis de la fracción Beta de la gonadotrofina coriónica.

Diagnóstico Diferencial

- Embarazo ectópico y la Enfermedad del trofoblasto.
- Hemorragia uterina disfuncional con período de amenorrea previo.
- Lesiones de canal y enfermedad cérvico vaginal.

- Várices vulvares.

2.2.3. TRATAMIENTO, MANEJO Y PROCEDIMIENTOS:

Amenaza de Aborto

Primer Nivel de Atención

Manejo Ambulatorio

- Explicar a la paciente su problema y los riesgos, así como la importancia de su colaboración y de acudir al establecimiento de salud en caso de persistencia o agravamiento de su sintomatología.
- Historia Clínica y Examen Físico completo.
- Exámenes de laboratorio Examen general de orina, Biometría hemática completa, Glucemia, RPR o VDRL VIH, grupo y Rh. Toxo test.
- Exudado vaginal en caso de flujo vaginal (luego de explicar a la paciente el procedimiento).
- Descartar que el sangrado provenga de vagina o lesiones en el cérvix.
- Reposo relativo.
- Evitar relaciones sexuales.

Tratar enfermedad de base (infección vías urinarias, Infección de transmisión sexual y otras enfermedades).

- Evaluar vitalidad ovular y/o fetal y establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos de aborto, embarazo ectópico, embarazo molar, a través de (prueba de embarazo, ecografía e interconsulta en unidades de mayor resolución si no hay disponibilidad).

- Si cede el sangrado y el dolor, continuar manejo ambulatorio.

Si persiste o se agrava el sangrado y el dolor o si la mujer cursa con más de 48 horas con dicha sintomatología en la unidad de salud, se recomienda referir a una unidad con mayor capacidad resolutive.

No administre medicamentos como:

- Hormonas: estrógenos o progesteronas.
- Ansiolíticos, sedantes: Benzodiazepinas, Fenobarbital.
- Agentes tocolíticos: Fenoterol, Ritodrina, Salbutamol, Indometacina.

Ya que no mejoran el cuadro clínico de la amenaza de aborto e incrementa los casos de huevo muerto retenido (aborto diferido).

Segundo Nivel de Atención

Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:

- Ingreso al establecimiento de salud.
- Realizar exámenes de laboratorio BHC, EGO y Tipo y Rh, Glucemia, creatinina, preparar paquete globular si se requiere.
- Seguimiento con cuantificación de Gonadotropina Coriónica o Progesterona.
- Realizar Ultrasonido para investigar viabilidad del producto.
- Tratar enfermedad de base.
- Si hay remisión de los síntomas dar consejería, recomendaciones, alta y seguimiento por Alto Riesgo Obstétrico. (15)

Complicaciones:

Posterior a presentar una amenaza de aborto, aumenta el riesgo de presentar las siguientes complicaciones:

- Aborto.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Parto pretérmino.
- Ruptura prematura de membranas.
- Desprendimiento de placenta normoincerta.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Peso bajo al nacer. (16)

PRONÓSTICO

El pronóstico es bueno cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico. El estudio con ultrasonido ayuda a determinar el bienestar fetal. Es obvio que un factor determinante del pronóstico es la comprobación de la vida fetal y la normalidad de las estructuras del feto. Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continúa su curso. En 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo. (17)

Criterios de ALTA:

Amenaza de Aborto:

- Desaparición de contracciones.
- Ausencia de sangrado transvaginal.

- Si hay remisión de los síntomas y hay vitalidad del producto, maneje ambulatoriamente. (15)

2.3. ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétricos y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectables.

GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Antecedentes de patologías medicas obstétricas general importante.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

Existen 5 periodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo estos los más complejos de aplicar, pero indispensables

para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud sexual y reproductiva en adolescentes.

PRIMER TRIMESTRE

Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas.

Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de 3 anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró

13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza de Parto Pretérmino

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.

Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 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(0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigravidas entre 12 16 años.

Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el

Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.

Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Presentación Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

Desproporción Céfalo Pélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

Estrategias que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

a.- Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), una dialoga fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

b.- Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: Permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicosociales y sociales del individuo. El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbilidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario. (18)

Factores de riesgo biológicos en la embarazada adolescente.

Edad cronológica < 14 años y / o edad ginecológica < año
Peso < 45 kg y / o talla < 1,45 m
Estado nutricional deficiente
Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado
Preconcepcional
Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad
Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)
Tatuajes,
Más de 2 parejas.

2.4. DATOS GENERALES COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE ABORTO.

Edad: una joven adolescentes puede ser del todo incapaz de la madurez femenina apta ya para la fecundación esto es biológicamente cierto, influyendo en el embarazo y el parto. En este caso, puede afirmarse que salvo excepción la maduración psíquica está aún lejos de estar alcanzada.

Lo cual predispone a amenaza de aborto, abortos o partos prematuros; dado a la mala adaptación del útero a su contenido, las mujeres entre 10 a 14 años presentan una tasa de mortalidad materna 5 veces más alta que las mujeres de 20 a 25 años, y las de 15 a 19 años muestran una tasa dos veces mayor, la cual comienza a elevarse otra vez a partir de los 35 años.

Gestantes adolescentes: la maternidad es un rol de la edad adulta cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferentes grados.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que aquellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de aborto. (19)

Procedencia: las embarazadas procedentes de la zona rural tienen poca accesibilidad a los servicios de salud, además que los caminos y carreteras no prestan las condiciones apropiadas para llegar a los centros asistenciales de salud también se ve relacionado con el nivel de pobreza y nivel socioeconómico, por lo que se dificulta tener atención con los recursos especializada, en cambio los adolescentes procedentes de la zona urbana tienen mayor acceso a la atención prenatal, tanto privada como institucional, permitiendo detectar oportunamente factores asociados que pueden desencadenar una amenaza de aborto.

Ocupación: el índice más ampliamente usado para determinar la situación socioeconómica; es el mejor indicador de los ingresos de las personas, su educación su nivel de vida, su valores sociales y otra variedad de atributos.

Por ende las adolescentes embarazadas de familia de poco ingreso económico están más predispuestas a sufrir deterioro en la salud, complicaciones obstétricas durante el embarazo abortos y otras patologías, en cambio las familias de altos ingresos tendrán mejores controles prenatales y una buena calidad de vida del binomio madre-hijo.

Cada vez en mayor número, la mujer se integra a la población general. En ocasiones su actividad laboral significa un riesgo para su actual gestación. Es así que debemos informarnos si la madre trabaja en contacto con sustancias tóxicas, radiaciones ionizantes, con productos biológicos de alto riesgo, con actividad física inadecuada o gran estrés psicológico. Los riesgos perinatales descritos están en relación con el aborto, malformaciones y partos prematuros.

Dentro de los factores laborales de riesgos de parto prematuro o amenaza de aborto a considerar, están actividad laboral prolongada de pie, efectuar trabajo que requieren levantar cosas pesadas y efectuar largos traslados al trabajo, especialmente si estas embarazos tiene otros factores de riesgos

Perdida de la Religiosidad: Existe un periodo de transición epidemiológica y cultural, encontrando dos tipos de mentalidades ante la vida una visión Religiosa-tradicional y la otra analítica y moderna, siendo la primera mística con la sexualidad liga a la fecundación y una actitud excluyente en las adolescentes embarazadas. (38)

Estado civil: es de hacerse notar que las adolescentes no están preparadas para contraer matrimonio y si lo logran realizar, terminan en divorcio, con graves consecuencias tanto psicológico, económicas y sociales. Por lo tanto no se llevara a cabo a que este embarazo evolucione espontáneamente normal hasta su última etapa.(39)

Escolaridad: el embarazo en la adolescencia sigue siendo el número uno en la deserción escolar. El abandono escolar no sólo es una consecuencia del embarazo en adolescentes escolares, sino que juega un papel muy importante en las conductas de autocuidado y de cuidado con el/la hijo/a en sus primeros años de vida. Abandonar prematuramente la educación se relaciona con el desempleo y pobreza.

Estas adolescentes al verse en esta situación optan por ejercer trabajos pesados tanto en el campo como en la ciudad, además son mal pagados, no gozan de los beneficios de seguridad social por consiguiente por tanto se controlan menos sus embarazos o no asisten a programas de atención integral a la madre, y por su bajo nivel ocupacional ignoran totalmente los riesgos obstétricos a que están expuestas.

Precozmente las conlleva a amenaza de abortos, abortos ya que estas no prestan atención a su propia salud y a la de los suyos, tanto en su aspecto preventivo como curativo.

2.5. DATOS GINECO - OBSTÉTRICOS DEL GRUPO DE MUJERES EN ESTUDIO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE ABORTO.

Menarca: De las 12 a los 14 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado. Puede haber abortos o partos prematuros por la mala adaptación del útero a su contenido. (39)

Inicio Temprano de relaciones sexuales: Predispone a un mayor número de hijos en un futuro no lejano, con más probabilidades de obtener trabajos poco remunerados o sin remuneración. Una mayor predisposición de complicaciones. (39)

Relaciones Sexuales Durante la Gestación

La actividad sexual aumenta en el 80% de los casos durante el segundo trimestre, lo cual puede coincidir con un aumento de las infecciones del tracto urinario y por consiguiente riesgo de amenaza de parto prematuro. Si se considera que existen prostaglandinas en el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos, conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca la amenaza de parto prematuro, y debe incluirse todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no se estén tomando en cuenta. (19) (Botero, 1994)

Muchas parejas reportan que las relaciones sexuales durante el embarazo son más placenteras que nunca. La razón es porque los estímulos sexuales son más rápidos por el alto nivel de hormonas, y la total excitación se alcanza en menos tiempo que cuando no hay embarazo. La

zona pélvica durante el embarazo se encuentra congestionada de sangre como se requiere en la excitación sexual. La congestión de sangre en la cadera durante excitación es uno de los estímulos para la lubricación vaginal. Un apoyo psicológico del embarazo, para el placer sexual, es que no se tiene preocupación por el uso de anticonceptivos. En el primer y el tercer trimestre tiende a bajar el deseo sexual, en mucho por el gran movimiento hormonal del inicio del embarazo; lo cual además produce la sensación de náusea y fatiga; mientras que en el tercer trimestre el volumen corporal afecta tanto el movimiento como la auto imagen de la mujer. Existen casos donde se presenta un aborto o se inicia el parto, solo que es por otras causas y no por las relaciones sexuales. Es muy importante saber que entre el 20 y el 30% de las mujeres experimenta sangrado vaginal en las primeras 20 semanas de embarazo, lo cual alarma mucho sobre todo a las madres primerizas. Finalmente debemos tomar en cuenta que se deben abstener las relaciones sexuales vaginales si se presentan algunos de los siguientes síntomas como son el sangrado por genitales; que se presente placenta previa; rotura de bolsa; amenaza de aborto; infección vaginal, entre otras. (23)

Intervalo Inter genésico: es el periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual, tiene un valor inapreciable para el pronóstico del embarazo, cuando menor es el intervalo inter genésico, mayor es la incidencia de niños de bajo peso, mortalidad perinatal, mayor incidencia de aborto en mujeres con antecedentes reciente de aborto.

Edad Gestacional: Se efectúa contando las semanas o días transcurridos desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha actual, en nuestro estudio se toma en cuenta hasta las 22 semanas. El primer trimestre del embarazo es la edad gestacional más vulnerable ya que es el periodo embrionario donde se forman todas las estructuras principales que constituyen el ser humano. Número de Gestaciones el número de embarazos previos al embarazo actual. Un número elevado de gestaciones involucra una disminución en los periodos intergenésico de las pacientes, que se verá posteriormente eleva la posibilidad de complicaciones durante el embarazo .

Anormalidades Uterinas

Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la endometriosis, adenomiosis, y las cirugías tubarias (salpingostomía e implantación útero-

tubaria). En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los abortos espontáneos puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la irrigación sanguínea, alteraciones de la placentación y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal, se cree que el aborto espontáneo en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Sin embargo, no se sabe si el aborto es ocasionado por la endometriosis o por mecanismos inmunológicos indirectos. (20)

Insuficiencia Hormonal

Otra posible causa de aborto temprano puede ser la escasa producción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario antes de que la placenta esté totalmente funcional, Caizabanda Jerez Manuel y colaboradores (21) realizaron un trabajo de investigación clínica, observacional, en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora, evaluando los niveles séricos de progesterona en 45 pacientes, con gestaciones entre 42 y 98 días, que experimentan sintomatología propia de amenaza de aborto. Estas pacientes fueron evaluadas clínicamente, demostrándose la vitalidad embrionaria o fetal por ecografía. Posteriormente se realizó la determinación de los niveles séricos de progesterona por el método de radioinmunoanálisis.

Incompetencia Cervical

El cérvix incompetente es una causa bien conocida de pérdida de embarazo al final del segundo trimestre. El signo clínico más llamativo de esta patología es la dilatación cervical indolora. La paciente casi siempre consulta por sensación de presión vaginal. Al examen con especulo revela la existencia de membranas protruyentes, así como varios grados de dilatación cervical. El cérvix incompetente suele ser secundario a un traumatismo cervical y se debe por lo general a la dilatación mecánica al final del embarazo o durante un legrado diagnóstico. Las laceraciones cervicales profundas que acontecen en el parto vaginal y en una conización también son factores etiológicos relativamente frecuentes. La incompetencia cervical también puede ser de causa congénita, apareciendo en pacientes con anomalías en la fusión mülleriana (usanarguiamedica). Clásicamente el tratamiento ha sido el cerclaje cervical, cuya utilidad, sin embargo, no ha sido demostrada. La evidencia disponible, y el uso clínico habitual sugieren que el grupo de pacientes con historia clínica

característica de incompetencia cervical (abortos repetidos de segundo trimestre secundarios a dilatación cervical pasiva), se beneficiarían del cerclaje cervical en forma electiva entre las 12-14 semanas. (22)

Factores Inmunológicos

La Inmunología de la reproducción estudia la participación del sistema inmune en la reproducción sexual humana, debido a que el feto produce elementos antigénicos potencialmente reactivos en la madre, es de especial interés que las reacciones inmunológicas en contra del producto de la gestación sean virtualmente inexistentes y que el intercambio de fluidos sexuales y el subsecuente embarazo se completen sin la activación patológica de la inmunidad materna. Se estima que un 50 % de las concepciones fallan por una u otra razón. El aborto espontáneo recurrente se debe en el 50% de los casos a alteraciones cromosómicas, anatómicas u hormonales. La mitad de los restantes se debe a anomalías inmunológicas y el resto no tiene explicación satisfactoria. El aborto puede originarse por falta de la respuesta aloinmune normal en todo el embarazo, o por reacciones anormales en contra de granulocitos, plaquetas y otros componentes celulares. (24)

2.6. DATOS PRECONCEPCIONALES COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA AMENAZA DE ABORTO.

Antecedentes de planificación familiar

La OMS ha definido la planificación familiar natural como: métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual de la mujer.

La OMS afirma que un importante porcentaje de muertes maternas se pueden evitar tan solo con la planificación familiar y reducirían embarazos no deseados, se incrementaría el intervalo intergenésico, disminuyendo embarazos de alto riesgo y los embarazos no deseados. En poblaciones con tasa de fecundidad elevada como la de nuestro país, estos riesgos se incrementan ya que la vida reproductiva se inicia a temprana edad, por lo cual se tiene un

mayor número de embarazos y en algunas ocasiones embarazos no deseados que conllevan a una alta tasa de abortos por los múltiples factores que se asocian a desarrollarlo.(25)

Algunos métodos que se utilizan dentro del esquema de la planificación familiar se pueden considerar como factores de riesgo predisponente a amenaza de aborto, en el caso que no cumplan con la función esperada, como cuando una mujer queda embarazada usando la "T" de cobre o dispositivo intrauterino. Esto hace que sea un embarazo de alto riesgo. Durante la gestación, el DIU puede ocasionar desprendimientos, sangrados y amenaza de aborto o puede romper las membranas que rodean al embrión, produciendo un aborto o parto prematuro. (26)

Antecedentes Patológicos Personales.

- **Antecedentes de enfermedades crónicas.**

Diabetes: las gestantes diabéticas tienen dos a tres veces más riesgo que la embarazada no diabética de presentar complicaciones del embarazo como son el aborto espontáneo, malformaciones congénitas, preeclampsia o parto prematuro. El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la glicemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis reduce el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos. Por lo tanto, es importante que las pacientes diabéticas planifiquen sus embarazos de forma que mantengan una hemoglobina glicosilada pregestacional <6%. La presión arterial, función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción. Con respecto a la medicación, el uso de hipoglicemiantes orales es controversial, siendo la recomendación vigente cambiarlos por insulina.

Hipertensión arterial: en mujeres hipertensas el objetivo es normalizar la presión arterial antes de la concepción. Además, es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo, ya que algunos medicamentos como los IECA (Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina), están contraindicados durante todo el embarazo por sus efectos adversos para el feto, por lo que se deben cambiar por fármacos de seguridad establecida (por ejemplo metildopa).

Asma: el asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas, encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de preeclampsia, mortalidad perinatal, partos pretérmino, Retardo del Crecimiento Intra Uterino (RCIU) o malformaciones congénitas entre los dos grupos.

El embarazo, sin embargo, puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían ver empeorados sus síntomas, particularmente en el último trimestre de gestación. Las pacientes asmáticas se benefician claramente de mantener durante la gestación un tratamiento estricto capaz de controlar los síntomas y evitar crisis agudas. Si es necesario se puede iniciar tratamiento con corticoides sistémicos (inhalatorios u orales), ya que su uso durante el embarazo es bastante seguro, especialmente al comparar con el daño que pueden causar al feto la hipoxemia o trastornos ácido-básico maternos.

Fenilcetonuria: es una enfermedad metabólica que se transmite genéticamente con carácter autosómico recesivo. Genera una alteración en la enzima fenilalanina hidroxilasa, produciéndose un aumento de los niveles de fenilalanina plasmáticos. En caso de gestación el feto podría estar expuesto a altas concentraciones de fenilalanina ya que el gradiente de concentraciones a través de la placenta es aproximadamente el doble en el feto que en plasma materno. Las mujeres afectadas de fenilcetonuria deben iniciar, desde el período preconcepcional y durante la gestación, una dieta estricta exenta de fenilalanina para prevenir abortos espontáneos, malformaciones cardíacas congénitas, bajo peso al nacimiento, microcefalia y retraso mental en la descendencia.

Enfermedad tiroidea: tanto el hiper como el hipotiroidismo pueden afectar el resultado de la gestación. En particular, puede haber alteraciones del desarrollo neurológico fetal incluso en mujeres con hipotiroidismo subclínico, pese a lo cual no existe evidencia suficiente para recomendar la pesquisa de la función tiroidea en forma rutinaria a las mujeres que planean embarazo. Las pacientes que sufren de enfermedad tiroidea deben monitorizar frecuentemente su función hormonal, ya que las dosis de medicamentos generalmente deben ser ajustadas durante el embarazo.

Epilepsia: tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas que los efectos adversos asociados a los medicamentos. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica. Incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis.

Enfermedad tromboembólica: las mujeres que presentan enfermedades con especial riesgo tromboembólico ven incrementado este riesgo durante el embarazo y el puerperio. Es de especial importancia retirar la medicación con anticoagulantes cumarínicos, por su potencial riesgo teratógeno e iniciar el tratamiento con heparina subcutánea antes de la concepción.

- **Enfermedades infecciosas y vacunas**

Es importante resaltar, dentro de los antecedentes médicos la exposición a enfermedades infecciosas y su estado de inmunización.

Rubéola: se le debe ofrecer la vacuna a toda mujer con serología negativa para la enfermedad y aconsejar esperar al menos un mes post-vacunación para intentar embarazo, puesto que esta es una vacuna de virus vivo atenuado.

Hepatitis B: el 90% de los portadores crónicos del virus de la hepatitis B (VHB), han sufrido la infección de forma asintomática; por ello muchas mujeres desconocen que lo son. Las embarazadas que presentan una serología positiva del HbsAg o HBeAg tienen un 70 a 90% de posibilidades de transmitir a sus hijos la infección. El 85 al 90% de los niños infectados serán portadores crónicos del VHB, con un 25% de posibilidades de presentar hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular en la edad adulta. Un estudio prospectivo ha demostrado la reducción de la incidencia de carcinoma y cirrosis de hasta un 75% en hijos de madres HbsAg positivo con la administración de la inmunoglobulina anti-VHB y de la vacuna anti-VHB antes de las 48 horas tras el nacimiento. El *Center for Disease Control* (CDC) recomienda la pesquisa rutinaria a todas las embarazadas como estrategia para el control de la transmisión perinatal. Aunque no recomienda la pesquisa preconcepcional, las

pacientes con alto riesgo podrían ser identificadas, aconsejadas y proceder a su vacunación preconcepcional si tienen serología negativa.

VIH: en la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH: historia de conductas de alto riesgo, antecedente de transfusiones, infección por VHB o enfermedades de transmisión sexual. A estas mujeres se les debe ofrecer la realización de serología específica.

La forma más frecuente de contagio por el virus VIH en niños es durante el embarazo y el parto y, en menor grado, a través de la lactancia. Se ha demostrado que la administración de zidovudina puede reducir esta transmisión hasta en un 70%.

En mujeres seronegativas con pareja seropositiva, existe la posibilidad de inseminación artificial con semen lavado y libre de virus.

Influenza: la vacuna contra la influenza debe ser recomendada a toda embarazada, ya que el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones causada por esta enfermedad y además se le otorga inmunidad pasiva al recién nacido.

Estado inmunitario: la consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise.

VACUNAS	INDICACIONES
VACUNAS DE VIRUS ATENUADOS: SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAROTIDITIS, VARICELA, CÓLERA ORAL	Evitar gestación en los 3 meses siguientes a la vacunación. Contraindicadas durante la gestación.
VACUNA ANTITETÁNICA Y ANTIDIFTÉRICA	Se puede indicar vacunación en consulta preconcepcional si corresponde. Si existe gestación, vacunación en el segundo trimestre.
VACUNA ANTI-INFLUENZA	En período de campaña de vacunación o en período epidémico

Antecedentes no patológicos personales

- **Factores psicosociales**

Peso: la obesidad materna se relaciona con disminución de la fertilidad y múltiples complicaciones del embarazo, como son aumento del riesgo de desarrollar diabetes gestacional, preeclampsia y de recién nacidos con anomalías congénitas.

Ingesta de Cafeína: su efecto en la gestación es un tema controvertido en la actualidad. El consumo de cafeína >250 mg/día (3 tazas de café) se asocia con un moderado, pero estadísticamente significativo, riesgo de infertilidad. Ingestas >500 mg/día parecen aumentar el riesgo de aborto espontáneo. El consumo excesivo de café (más de 4 tazas diarias) puede aumentar el riesgo de óbito fetal y disminuir levemente el peso de nacimiento. Por estas razones las mujeres buscando embarazo deberían considerar disminuir la ingesta de cafeína a menos de 250 mg/día.

Abuso de alcohol: el consumo excesivo de alcohol (28 a 56 g) en etapas tempranas de la gestación puede producir síndrome alcohólico fetal hasta en el 11% de los embarazos. Se trata de la principal causa de retraso mental prevenible. Además se asocia a muerte intrauterina, retraso del crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y alteraciones conductuales. No parece existir riesgo con el consumo ligero y esporádico de alcohol.

Tabaquismo: se asocia a bajo peso al nacer, incrementa el riesgo de parto pretérmino, desprendimiento placentario, muerte fetal y abortos espontáneos, así como aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio en el recién nacido.

Drogas ilícitas: el uso de cocaína en gestantes ha sido asociado a numerosas alteraciones congénitas como malformaciones genito-urinarias, alteraciones cardíacas, anomalías del Sistema Nervioso Central, SNC, alteraciones oftalmológicas o alteraciones en las extremidades.

Riesgo laboral: la exposición a sustancias teratógenas en el lugar de trabajo y en el hogar también debe de ser evaluada en aquellas parejas que desean un embarazo. La exposición a

distintos agentes que producen alteraciones en la espermatogénesis y en la ovogénesis pueden causar infertilidad (óxido de etileno, arsénico, níquel, polivinílicos, benceno y plomo) o alteraciones en la gestación (solventes orgánicos, agentes antineoplásicos). (27)

Violencia Intrafamiliar: La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en el género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Se trata de un problema que afecta los derechos humanos de las mujeres y un importante problema de salud pública en todo el mundo, según esta reconocido en diversos foros internacionales y en la Ley General de salud vigente.

Un estudio realizado en EE.UU publicado en 2009 mostraba que las mujeres que habían tenido abortos tenían más probabilidades de informar de un historial de malos tratos y haber experimentado sucesos estresantes en la vida adulta, tales como abortos espontáneos, violencia física o haber sufrido un accidente grave. Los investigadores norteamericanos señalaron que las mujeres que sufren violencia domestica son más propensas a abortar en comparación con las mujeres que no están en situaciones violenta. Así mismo, un estudio de nueva Zelanda publicado encontró que una de cada diez mujeres dijeron haber sido maltratadas durante embarazo y que las mujeres maltratadas tenían 2.5 veces más probabilidades de someterse a un aborto en comparación con las mujeres que no fueron maltratadas. (25)

2.7. FACTORES PROPIOS DEL EMBARAZO COMO FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE ABORTO.

Número de controles prenatales:

Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud para vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el desarrollo del niño(a) La actitud de rechazo al embarazo lleva a su ocultamiento con gran angustia y en consecuencia, no se acude o se retrasa el control del embarazo. Hay reacciones que llevan a negar el hecho, negar su existencia. En adolescentes muy angustiadas se utiliza todo tipo de

mecanismos para ocultar el embarazo. Es por ello que la condena pública ya sea culturalmente o por razones religiosas tiene consecuencias muy negativas que pueden afectar la salud y vida de las adolescentes y del bebé. Esta actitud es muy clara al comparar las adolescentes cuya gestación termina en parto o aborto espontáneo o provocado.

Desde 1988 se adoptaron 5 controles prenatales propuestos por el CLAP/OPS/OMS esta propuesta de 5 controles prenatales fue respaldada por los resultados de un estudio clínico multicéntrico llevado a cabo por la OMS .

El control prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenido educativo para el bienestar de la madre, la familia y la crianza
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Determinar las enfermedades maternas subclínicas.
- Aliviar molestias síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

El control prenatal debe ser:

Precoz: debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de riesgo.

Periódico: la frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.

Completo: los contenidos y cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

Amplia cobertura: en la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbilidad perinatal.

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe confluir la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles.

La elección del número, la oportunidad de cada consulta y el contenido de las mismas se basan en el conocimiento epidemiológico del momento de aparición de los problemas perinatales prevalentes y en la posibilidad de resolverlos o controlarlos por tecnologías, prácticas y procedimientos de eficacia demostrada. El número de consultas antes de las 20 semanas **1ra** visita, entre las 22 y 24 **2da** visita, entre las 27 y 29 **3ra** visita, entre las 33 y 35 **4ta** visita, entre las 38 y 40 **5ta** visita. (25)

Patologías Propias del Embarazo

Síndrome Hipertensivo Gestacional: (SHG) constituye la complicación médica más frecuente del embarazo que afecta al 5%-15% de las embarazadas y está asociado a un aumento significativo de la morbi-mortalidad materna y perinatal. En nuestro país, las complicaciones del SHG (accidente cerebro-vascular, coagulopatías, insuficiencia hepática y renal) ocupan uno de los primeros lugares como causa de muerte materna.

En el embarazo se puede encontrar hipertensión en mujeres previamente normotensas o agravarla en mujeres que ya son hipertensas. El edema generalizado, la proteinuria, o ambos acompañan a menudo la hipertensión del embarazo. Pueden aparecer convulsiones como consecuencia del estado hipertensivo, especialmente en mujeres cuya hipertensión se ignora.

Las formas de presentación clínica del estado hipertensivo durante el embarazo son las siguientes:

Hipertensión arterial crónica: La frecuencia es del 1 a 5% del total de embarazos, de éstas más del 95% son hipertensión esencial y sólo un 2% es secundaria. La principal causa de hipertensión crónica es debido a enfermedad renal.

Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada: Se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo. La hipertensión crónica se complica con preeclampsia en un 25%.

Hipertensión gestacional: Se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas. Puede evolucionar a una preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas.

Preeclampsia: Tiene una frecuencia de 2% a 15% del total de embarazos. Se define como un síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas. Solo se ha identificado casos de preeclampsia con menos de 20 semanas en pacientes con enfermedad molar, hidrops fetal y embarazo múltiple.

Eclampsia: Se define como la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto. (15)

Diabetes gestacional: Se define como cualquier grado de alteración en la regulación de la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo. (Ref ADA 2011, ACOG 2009). Esta definición se aplica independientemente de que su tratamiento conlleve sólo una modificación de la dieta o la administración de insulina o de si la condición se prolonga después del embarazo.

El medicamento utilizado es la insulina 28 (NE-1a, GR-A), de acción intermedia (NPH de aplicación vía SC, cuya presentación son frascos de 100UI/ml en ampolla de 5ml y 10ml), mas insulina de acción corta (también llamada regular de aplicación vía IV o SC). La

insulina es de alto peso molecular y no atraviesa la barrera placentaria, siendo inocua para el feto. La insulina debe almacenarse entre 4° C a 8° C.

Los hipoglicemiantes orales están contraindicados durante el embarazo y la lactancia (Atraviesan la barrera placentaria y pueden incrementar el hiperinsulinismo fetal favoreciendo el desarrollo de macrosomía de fetal e hipoglucemia neonatal, y su acción teratógena).⁶ Aunque hay estudios que establecen que la utilización de Metformina en diabetes y embarazo es segura aún no hay un consenso internacional que recomiende su uso de manera general. Se recomienda no utilizarla en el embarazo. (28)

Síndrome antifosfolípidos: El Síndrome antifosfolípido, (SAF), es una enfermedad del sistema inmune en la cual existen anticuerpos con aparente especificidad por fosfolípidos con carga eléctrica negativa. Existe una asociación entre Ac. antifosfolípidos y Sd. hipercoagulabilidad.

El SAF se define como la ocurrencia de trombosis, aborto recurrente, o ambos, junto con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos circulantes, (Anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y β 2-glicoproteína I.

Cuadro clínico

Reproductiva: Aborto espontáneo recurrente, muerte fetal en el segundo o inicios del tercer trimestre, restricción del crecimiento fetal y preeclampsia severa de inicio precoz (antes de las 28 semanas).

Vascular: Trombosis arterial o venosa en cualquier territorio pero más frecuente en las extremidades inferiores. (Sintomatología durante el embarazo o con el uso de anticonceptivos orales).

Criterios clínicos mayores

– Aborto recurrente

- Muerte fetal 2° - 3er trimestre
- Trombosis venosa (trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, etc.)
- Trombosis arterial (TIA, amaurosis fugax, AVE, etc.)
- Trombocitopenia

Criterios clínicos menores

- VDRL falso (+).
- Púrpura neonatal.
- Fenómenos trombóticos de placenta y cordón umbilical.
- Trombosis mesentérica, venas superficiales abdominales. (29)

Infección del tracto urinario (ITU): Se ha observado que la infección urinaria es muy común durante el embarazo y puede desencadenar amenaza de aborto, aborto, parto prematuro y si ocurre a repetición, pielonefritis y daño renal permanente. (Rivero M., 2008)l a ITU es más frecuente en la mujer debido a la menor longitud de la uretra femenina lo que facilita el ascenso de las bacterias.

Estudios realizados por Hankins y Whalley han demostrado que aproximadamente del 20 al 30% de mujeres embarazadas se les ha diagnosticado bacteriuria asintomática en la primera visita prenatal. Harris y Gilstrap reportaron que 1.3% de 9738 pacientes embarazadas atendidas en las diferentes clínicas y centros de salud del mundo, desarrollan cistitis diagnosticado por un análisis elemental y microscópico de orina y confirmado por urocultivo, siendo esta más frecuente durante el primer trimestre de embarazo. (30)

Lupus: El deterioro durante el embarazo es más frecuente en mujeres que han presentado Periodos de exacerbación clínica de la enfermedad en los 6 meses previos a este embarazo,

disminuyendo también la supervivencia fetal. Cuando han estado asintomáticas en el mismo periodo la supervivencia fetal es mucho mayor.

Existencia de nefropatía previa o desarrollo de la misma durante el embarazo actual. Esto supone un elevado riesgo fetal. La pérdida del embarazo se produce en el 50% de los casos cuando se desarrolla una insuficiencia renal en el transcurso de la gestación y en el 80% cuando se añade HTA a la insuficiencia renal.

El desarrollo del síndrome nefrótico aislado, si bien empeora el pronóstico, supone un menor riesgo para el feto, con supervivencia fetal de un 60% aproximadamente.

La existencia de autoanticuerpos como el anticoagulante lúpico y la anticardiolipina se asocian a un mayor número de abortos. (28)

Enfermedad periodontal: La enfermedad periodontal se caracteriza por una respuesta inflamatoria a la infección por gérmenes periodontales como las: porphyromonas gingivalis, actinobacillus actinomycetemcomitans, treponema denticola, tannerella forsythensis, entre otros, caracterizada por la destrucción del tejido conectivo y del hueso que soportan y sujetan los dientes con formación de bolsas periodontales, produciendo movilidad y migraciones del diente con la consiguiente pérdida del mismo. Los tejidos periodontales actúan como reservorio de bacterias, productos bacterianos y mediadores de la inflamación, los cuales pueden interactuar con otros sistemas de órganos distantes de la cavidad bucal

En la mujer embarazada con periodontitis, estas bacterias y sus productos responsables de la enfermedad periodontal, circulan en la sangre y traspasan la barrera placentaria, provocando en el sitio reacciones inflamatorias que pueden inducir a abortos o a desencadenar partos prematuros. (31)

Insuficiencia Cardíaca y Embarazo: La insuficiencia cardíaca es un síndrome fisiopatológico que resulta de cualquier trastorno estructural o funcional de corazón, que causa la incapacidad de éste de llenar o bombear en los volúmenes adecuados para

satisfacer la demanda del metabolismo tisular o, si lo logra, lo hace a expensas de una elevación crónica de la presión de llenado ventricular.

Complicaciones fetales y neonatales El resultado perinatal también se encuentra comprometido en esta asociación, y en directa relación con la capacidad funcional materna al momento del embarazo. La explicación fisiopatológica está relacionada con insuficiencia del riego útero-placentario (insuficiencia cardíaca) y con hipoxemia (cardiopatía cianótica), con la consiguiente disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto. (28)

Infecciones de Transmisión Sexual y su Repercusión en el Embarazo.

Cada año aproximadamente 19 millones de personas contraen una infección de transmisión sexual. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se pueden contraer al tener una relación sexual (genital, oral o anal) con una persona que tiene una infección de este tipo. Muchas de las personas infectadas no saben que tienen una ITS, porque algunas de las más comunes no producen síntomas.

Las ITS representan riesgos especiales para las mujeres embarazadas y sus bebés. Estas infecciones pueden causar aborto espontáneo, embarazo ectópico (cuando el embrión se desarrolla fuera del útero, generalmente en una de las trompas de Falopio), parto prematuro (antes de cumplidas las 37 semanas de embarazo), nacimiento sin vida, defectos de nacimiento, enfermedades durante el primer mes de vida del bebé y la muerte del bebé recién nacido. Lo más frecuente es que el bebé se infecte durante el parto al pasar por un conducto pélvico infectado. Sin embargo, algunas de estas infecciones pueden cruzar la placenta e infectar al feto.

Es importante que una mujer embarazada averigüe si tiene una ITS. Durante una consulta prenatal temprana, el médico le realizará algunas pruebas para detectar la presencia de alguna de estas infecciones, como la del VIH (el virus que causa el SIDA) y la sífilis. Algunas ITS pueden curarse con medicamentos pero no todas. No obstante, si una mujer tiene una ITS que no se puede curar, por lo general puede tomar algunas medidas para proteger al bebé.

Clamidia: La clamidia es una bacteria. Una infección por clamidia puede causar problemas de reproducción en las mujeres que la contraen antes del embarazo o durante su desarrollo. Suele ocurrir con más frecuencia en personas de menos de 25 años de edad.

Por lo general, la clamidia no produce síntomas, aunque una minoría de mujeres infectadas experimenta una sensación de ardor al orinar y secreción vaginal. Si no se trata, la clamidia puede propagarse al tracto genital superior (útero, trompas de Falopio y ovarios) y producir enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), con frecuencia con una sobreinfección con otras bacterias. La EIP puede dañar las trompas de Falopio y llevar a la infertilidad o a un embarazo ectópico. Cerca del 10 por ciento de las mujeres embarazadas tiene clamidia. Si no se tratan, corren un riesgo mayor de rotura prematura de las membranas (bolsa de aguas) y de aborto espontáneo.

Gonorrea: La gonorrea es una infección bacteriana común que causa problemas de reproducción muy similares a los causados por la clamidia. Al igual que la clamidia, con frecuencia no produce ningún síntoma en las mujeres infectadas, aunque algunas experimentan flujo vaginal, ardor al orinar o dolor abdominal. Muchas también desarrollan EIP.

Las mujeres embarazadas con gonorrea no tratada tienen un riesgo mayor de tener un aborto espontáneo, la rotura prematura de las membranas y un parto prematuro. Con frecuencia, sus bebés se infectan durante el parto vaginal. La infección puede afectar los ojos y las articulaciones del bebé e incluso causar infecciones en la sangre potencialmente mortales. Los antibióticos ofrecen una opción de tratamiento eficaz.

Sífilis: La sífilis es una ITS peligrosa causada por una bacteria que puede cruzar la placenta e infectar al feto. Esta infección es una de las ITS más serias aunque es considerablemente menos común que las demás. Si no se la trata, la sífilis durante el embarazo puede producir la muerte del feto o del bebé recién nacido en hasta el 40 por ciento de los casos. También puede producir un parto prematuro. Algunos bebés infectados no presentan ningún síntoma al nacer, pero sin un tratamiento inmediato con antibióticos, desarrollan daño cerebral, ceguera, pérdida de la audición, anomalías en los huesos y los dientes y otros problemas.

vaginosis bacteriana: La vaginosis bacteriana (VB), que afecta a aproximadamente el 16 por ciento de las mujeres embarazadas, es causada por un sobrecrecimiento de bacterias que se encuentran naturalmente en la vagina. No se ha podido determinar exactamente cómo se desarrolla la VB, aunque parece ser más común en aquellas mujeres que han tenido varias parejas sexuales. Algunas mujeres con VB experimentan un flujo vaginal con un olor desagradable y sienten ardor al orinar y comezón en la zona genital, mientras que otras no presentan ningún síntoma.

Los estudios sugieren que la VB podría aumentar las probabilidades de una mujer de sufrir la rotura prematura de las membranas y de tener un parto prematuro.

Tricomoniiasis: La tricomoniasis es una infección parasítica que produce flujo vaginal de color amarillo verdoso y olor desagradable, comezón en la zona genital y enrojecimiento y, en algunos casos, dolor durante las relaciones sexuales y al orinar.

El 10 por ciento de las mujeres embarazadas tiene tricomoniasis. Si no se trata, la tricomoniasis puede aumentar el riesgo de rotura prematura y parto prematuro.

VIH: (virus de la inmunodeficiencia humano) es el virus que causa el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirido), el cual daña el sistema inmunológico y pone en peligro las vidas de todas las personas infectadas, incluso las madres y sus bebés. La mayoría de las mujeres se infecta por vía sexual, aunque el uso de drogas intravenosas es otra causa común de infección.

Se recomienda que todas las mujeres embarazadas se realicen pruebas de VIH en la primera etapa del embarazo como parte del panel de pruebas prenatales de rutina. Las mujeres que se enteran de que son portadoras del virus pueden recibir un tratamiento para proteger a sus bebés y evitar que contraigan la infección. Actualmente, hay nuevos tratamientos con fármacos que pueden reducir al dos por ciento o menos el riesgo de que una madre tratada transmita el VIH a su bebé, comparado con el riesgo de cerca del 15 al 25 por ciento en el caso de madres no tratadas. (40)

Estado nutricional

El estado nutricional de la mujer, antes, durante y después del embarazo, contribuye a su propio bienestar general, pero también al de sus niños y otros miembros de la familia. El campo de la nutrición materna focaliza la atención a las mujeres como madres.

El estado nutricional materno antes de la gestación o durante esta constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño. En un meta-análisis de investigaciones sobre determinantes del bajo peso al nacer se encontró que los factores nutricionales de la madre (peso y talla pregestacional, ingestión de energía e incremento ilimitado de peso durante el embarazo) son las principales determinantes del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo. En los países desarrollados el tabaquismo desplaza en orden de importancia a los factores nutricionales. La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10% del peso medio al nacer. El peso para la talla, es el índice más útil para evaluar el estado nutricional antes del embarazo.

En nuestro país, para evaluar el estado nutricional al inicio de la gestación se utilizan las Tablas Nacionales de peso para talla de mujeres adultas de 20 a 30 años. Ellas precisan los valores que delimitan el peso “adecuado” del peso que puede ser considerado bajo o alto. Los pesos bajos se clasifican en grados del I al IV los que implican la probabilidad de mayor riesgo de malnutrición. Se consideran en riesgo nutricional las mujeres que al inicio del embarazo tengan un peso para la talla inferior al valor del grado II. El criterio en el caso del bajo peso según el IMC (20,7 A 19,8) corresponde al grado II de “peso bajo” de las normas cubanas de peso para la talla.

Es necesario, identificar desde el periodo Preconcepcional aquellas mujeres con afectación de su estado nutricional y evaluarlos por un personal calificado, con el objetivo de llegar a la gestación en las mejores condiciones. (18)

La ganancia de peso adecuada durante la gestación depende del peso con el cual la paciente comienza la misma. No es conveniente el descenso de peso durante el embarazo, ni siquiera en las mujeres obesas.

Ganancia de peso recomendada durante el embarazo

Estado nutricional previo	Ganancia de peso Recomendada en mujeres >19 años
Bajo peso (IMC<19.8)	12,5 a 18 Kg
Peso normal (IMC<19.9-24.8)	11 a 12,5 Kg
Sobrepeso (IMC24.9-29.9)	7 Kg
Obesidad (IMC≥30)	7 Kg

En adolescentes normopeso se recomienda el aumento de hasta 16 Kg. El ritmo aconsejado de ganancia de peso es de aproximadamente 400 grs/semana a partir del segundo trimestre. Se recomienda hacer seguimiento de peso con la curva de peso de Rosso-Mardones. (32)

CAPITULO III: DISEÑO.

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Analítico de casos y controles.

Área de Estudio: En el hospital Bertha Calderón Roque, en la sala de complicaciones 1.

Periodo de estudio: De Enero a Diciembre 2015

Universo: Todas las Adolescentes embarazadas que acudieron con amenaza de aborto al Hospital Bertha Calderón Roque el cual consiste en 120 pacientes.

Muestra: No probabilística por conveniencia, seleccionando una muestra de 120, los cuales 40 corresponden a los casos, 80 controles con relación caso control 1;2.

Definición de caso:

Toda adolescente con amenaza de aborto que haya sido atendida en la sala de complicaciones 1 del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo en estudio.

Criterio de Inclusión:

- Expediente clínico con información completa.

Criterio de exclusión:

- Expediente clínico con información incompleta.

Definición de los controles:

Adolescentes embarazadas que presentaron amenaza de aborto no asociada a ningún factor de riesgo que fueron atendidas en la sala de complicaciones I en el periodo en estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con amenaza de aborto que no presentaron factores de riesgo

Criterios de exclusión:

- Pacientes con amenaza de aborto que presentaron factores de riesgo.

Fuente de información:

La fuente es de tipo secundaria porque se obtendrá información de los expedientes de las pacientes adolescentes embarazadas que ingresaron a la sala complicaciones 1 del Hospital Bertha Calderón Roque.

Instrumento: Con la información obtenida de los expedientes, se realizó el llenado de fichas de recolección de datos que contendrá datos sobre las características socioeconómicas de los individuos en estudio, así como sus antecedentes obstétricos y del embarazo actual.

Proceso de recolección de la información:

Los datos se recopilaron a través de una ficha de recolección de datos, obteniendo la información a través de los expedientes clínicos y el libro de registro del servicio de complicaciones 1.

Los datos obtenidos se vaciaron en tablas de salida a través de cuadros y gráficos utilizando el programa SPSS.

Plan de tabulación:

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico Epiinfo versión 3.4.3 para Windows. Serán presentados en tablas de 2x2.

Plan de Análisis e interpretación de los datos:

Las variables fueron analizadas mediante frecuencia simple de forma comparativa entre los casos y controles. Posteriormente se asociaron las variables de exposición en el grupo control y grupo caso esto para estimar la fuerza de asociación mediante el Odds Ratio y como prueba de significancia estadística se utilizó el intervalo de OR con 95% de confianza.

Consideraciones Éticas:

Para realizar el presente estudio, se revisaron de los expedientes del hospital en estudio, por lo cual se debió realizar el permiso del director de dicha institución. Al obtener la información, esta se manejó con la confidencialidad debida. Los datos recolectados del expediente clínico, serán utilizados únicamente para fines académicos e investigativos,

VARIABLES:

Dependientes: corresponden a todas las pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de aborto ingresado a la sala de complicaciones 1 del Hospital Bertha Calderón Roque.

Independiente: fueron todas aquellas que se comportan como factor de riesgos para amenaza de aborto, entre ellas:

I características demográficas:

1. edad
2. procedencia
3. Ocupación
4. Religión
5. Estado Civil
6. Escolaridad

II factores gineco-obstétricos

1. Menarca
2. Inicio de la vida sexual activa
3. Gestación.
4. Número de gestación
5. Periodo intergenésico
6. Edad gestacional

III.-Factores Preconcepcionales.

- 1.- Antecedentes de planificación familiar.

2.- Antecedentes Patológicos Personales

3.- Antecedentes no patológicos personales

IV.- Factores propios del Embarazo.

1.-Antecedentes de control Prenatal.

2.- Patologías Propias de Embarazo.

3.-Estado Nutricional.

V.- Evolución del Embarazo.

1.- Satisfactorio.

2.- No satisfactorio.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

No	variable	concepto	Indicador	Escala/valor
1	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la recolección de los datos	Años	10-13 14-16 17-19
2	Procedencia	Lugar de origen o domicilio actual	Origen	Rural Urbano
3	Ocupación	Actividad a la que se dedica la mujer en el momento de la recolección de los datos.	Actividad laboral	Estudiante Ama de casa Desempleada Otros
4	Religión	Conjunto de Creencias acerca de la divinidad.	Creencias	Católica Evangélica Otros
5	Estado civil	Condición social de la adolescente como parte de una pareja.	Unión conyugal	Soltera Casada Acompañada Otro
6	Escolaridad	Nivel de preparación académica alcanzado por la adolescente.	Ultimo año aprobado	Analfabeta Alfabeto Primaria Secundaria Universidad

7	Inicio de la vida sexual activa	Edad en la cual la adolescente empieza a tener relaciones sexuales	Años	<15 años 15-19 años
8	Gestación	Número de embarazos concebidos hasta el momento de recolectar la información.	Números	Primigesta Bigestas Trigesta Multigesta
9	Periodo Inter genésico.	Tiempo entre la fecha de finalizado el ultimo embarazo hasta el primer día de la última menstruación es de 18 meses o menos.	Meses	< 18 meses > 18 meses
10	Edad Gestacional	Tiempo transcurrido en semanas entre la fecha de la última menstruación y el momento del control prenatal.	Semanas	0 a 12 semanas 13 a las 24 semanas
11	Antecedentes de planificación familiar.	Uso de algún método para evitar un embarazo de los que se ofrecen en el centro de salud.	Antecedentes	SI NO
12	Antecedentes Patológicos Personales	Enfermedad Clínica o Quirúrgica que la paciente ha padecido.	Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades Crónicas DM HTA ASMA Epilepsia Otros

				<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades Infecciosas Rubeola Hepatitis B VIH Otros
13	Antecedentes no patológicos personales	Circunstancias de vida que rodean al paciente. Proporcionan datos sobre condiciones generales de higiene, alimentación, hábitos de vida, sexualidad, vivienda, convivencia con animales y que se consideran factores de riesgo para desencadenar una enfermedad.	Antecedentes	Ingesta cafeína Abuso de alcohol Tabaquismo Drogas ilícitas Riesgo laboral Violencia intrafamiliar
14	Antecedentes de controles Prenatales	Visita periódica de la paciente a una unidad de salud para control del embarazo	Antecedentes	Ninguno 1 2 3 O más
15	Patologías Propias del Embarazo	Estados mórbidos originados durante el embarazo	Patología	SHG DMG Hipertensión gestacional Pre eclampsia Eclampsia ITU

				ITS Otras
16	Estado Nutricional	Condición en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	IMC	Normopeso Obesidad Desnutrición Sobrepeso
17	Satisfactorio	Embarazo que no culminó en aborto.	Evolución de embarazo	SI NO
18	No satisfactorio	Embarazo que culminó en aborto.	Evolución de embarazo	SI NO

CAPITULO IV: RESULTADOS

Las características demográficas de las pacientes adolescentes embarazadas con amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones 1 en estudio. De las cuales la mayoría tenían entre 15 a 19 años que equivale a 102 (85%) distribuidas en los casos 35(87.5) pacientes y controles 67 (80.4%) pacientes y en menor porcentaje pacientes menores de 15 años los cuales corresponden a 18 (15%) pacientes para ambos grupos de estudio. Con respecto a la escolaridad 84 (70%) pacientes tenía algún grado de escolaridad, el cual consistía a un nivel medio de educación, secundaria, y 36 (30%) pacientes eran analfabeta o alfabetizadas. En relación a la ocupación 86 (71.66%) pacientes fueron ama de casa y 34 (28.33%) pacientes indicaron otras ocupaciones, en las cuales se incluían el ser estudiantes u operarias domesticas pero en menor porcentaje. En relación a la religión 86 (71.66%) pacientes indicaron no practicar ninguna religión, 27 (22.5%) pacientes ser católicas y 7 (5.83%) pacientes evangélicas. En base al estado civil 36 (25%) pacientes estaban solteras y 90 (75% casadas o acompañada. (Ver cuadro N°1)

Con respecto a los antecedentes patológicos de las pacientes adolescentes embarazadas con amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque: Se observó que 69 (57.5%) pacientes reportaron tener antecedentes patológicos personales según los expedientes clínicos y 51 (42.5%) pacientes no. Según el tipo de antecedentes los más representativos fueron: ITU 32 (57.5%) pacientes, Anemia 22 (22.5%) pacientes, Asma 10 (8.33%) pacientes, HTA 7 (6.66%) pacientes y epilepsia 6 (5%) pacientes. (Ver cuadro N°2)

En relación a los antecedentes patológicos familiares de las pacientes adolescentes embarazadas con amenaza de aborto en estudio: Se observó que 82 (68.33%) pacientes reportaron tener antecedentes patológicos familiares y 38 (31.67%) pacientes no o que desconocían de estos al momento del ingreso a la unidad de salud. Según el tipo de antecedente familiares los más frecuentes y destacados fueron: HTA 65 (77.5%) Diabetes mellitus 33 (40.0%) pacientes, gemelares 18 (26.56%) pacientes, TB pulmonar ningún

paciente y otros 4 (3.8%) pacientes, siendo menor la incidencia en los casos 40 (33%) comparado con los controles 80 (67%) pacientes. (Ver cuadro N°3)

De acuerdo al análisis de los antecedentes no patológicos personales de las pacientes adolescentes embarazadas de nuestro estudio: Las 120 (100%) pacientes negaron poseer antecedentes no patológicos, por lo cual no fue valorable cuantitativamente. Con respecto al uso de métodos anticonceptivos la mayoría 81 (67.5%) pacientes reportaron el uso de algún método anticonceptivo. De estos los más utilizados fueron los inyectables 45 (56.60%) pacientes, seguido de los géstatenos orales 35 (43.39%) pacientes y en una minoría el DIU 1 (3.57%) paciente. (Ver cuadro N°4)

Los antecedentes obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas incluidas en el estudio: Al analizar cuantitativamente los datos no hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto al número de gestas, aun cuando se compararon individualmente. La mayoría de las adolescentes fueron primigestas. La mayoría de las adolescentes 56 (46.6%) pacientes fueron primigestas. Nulíparas 36 (30%), Un parto 20 (16.6%) y 64 (53.3%) dos. En el caso del análisis de la variable cesárea u óbito 114 (95. %) paciente negaron haber cursado con esta condición. (Ver cuadro N°5).

Al analizar los datos con respecto al periodo intergenesico menor de 18 meses se encontró que este aumentaba la probabilidad de una amenaza de aborto más de tres veces, La mayoría de los casos presentaron la amenaza de aborto después de las 12 semanas de gestación con el 94 (78.3%) pacientes. (Ver cuadro N°8).

En relación a las enfermedades del embarazo actual en las adolescentes embarazadas: En general se encontró que la mayoría de los 116 (96.6%) de las embarazadas padecían de por lo menos una patología, las cuales correspondían con respecto a los controles 78 (97.5%) pacientes y los casos (95%). Las patologías más comunes durante el embarazo fueron las ITUs 92 (66.6%) pacientes, ITS 53 (44.16%) pacientes, ANEMIA 27 (22.5%) pacientes, SHG 8 (6.6%) pacientes, APP 3 (2.5%) pacientes y diabetes mellitus 1 (0.8%) paciente, estas tres últimas condiciones presentándose solo en el grupo de estudio de controles. Cuando se

analizaron las patologías individualmente se encontró que la ITS aumenta el riesgo de amenaza de aborto alrededor de 3 veces. Otra patología que aumento la probabilidad de una amenaza de aborto, fueron la Anemia, hasta más de tres veces. (Ver cuadro N°9 y N°7)

Con respecto a la evolución del embarazo que tuvieron las adolescentes con amenaza de aborto en estudio se encontró que 30 (75%) pacientes del grupo de casos continuo con un embarazo satisfactorio sin mayores repercusiones y 10 (25%) no evoluciono satisfactoriamente y termino en aborto, en relación con los controles que fueron 65 (81.25%) pacientes continuaron con una evolución satisfactoria de su embarazo y 15 (18.75%) pacientes no satisfactorio. (Ver cuadro N°10)

CAPITULO V: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Las madres adolescentes tienen los peores indicadores de salud materno infantil que las mujeres de edad óptima para la procreación, la salud reproductiva se refiere a una educación continua que empieza antes de la concepción incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo de las adolescentes y pasa por el periodo de la fecundidad y la reproducción hasta que la mujer llega a la menopausia y el climaterio.

De acuerdo a los datos que se analizaron las características demográficas no son factores de riesgo, esto probablemente debido a que todas las participantes en el estudio viven en zonas urbanas y tienen los mismos conocimientos generales y provienen del mismo estrato socioeconómico. La mayoría tenían entre 15 a 19 años y en menor porcentaje menores de 15 años, no encontrándose diferencias significativas ($p=0.61179$).sin embargo convirtiéndola en un factor de riesgo puesto que las adolescentes presentan inmadurez de los órganos genitales lo cual impide la adecuada transferencia de nutrientes al feto, afectando de manera consecuyente la implantación, el metabolismo materno y la adaptación al embarazo. Una joven adolescente puede ser del todo incapaz de la madurez femenina apta ya para la fecundación esto es biológicamente cierto, influyendo en el embarazo y el parto. Este caso, puede afirmarse que salvo excepción la maduración psíquica está aún lejos de estar alcanzada.

Lo cual predispone a amenaza de aborto, abortos o partos prematuros; dado a la mala adaptación del útero a su contenido, las mujeres entre 10 a 14 años presentan una tasa de mortalidad materna 5 veces más alta que las mujeres de 20 a 25 años y las de 15 a 19 años muestran una tasa dos veces mayor, la cual comienza a elevarse otra vez partir de los 35 años.

En relación a la ocupación tampoco se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.88$).

En relación a los antecedentes patológicos personales, no se presentaron ya que probablemente fueron tratadas adecuadamente antes del embarazo. En cuanto a los antecedentes familiares patológicos, estos no fueron señalados como factores de riesgo, pero al analizarlos individualmente el hecho de tener por lo menos un familiar con HTA aumentó

el riesgo de amenaza de aborto (OR=0-30) y al analizarlo individualmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.730$ y 0.130) respectivamente.

Más de la mitad de los antecedentes afirmaron algún tipo de método anticonceptivo, Esto es debido a la disponibilidad/acceso a dichos métodos gratuitos a través del sistema de salud. Los antecedentes personales no patológicos en este estudio no fueron un factor de riesgo para la amenaza de aborto ya que en ambos grupos las proporciones entre los casos y los controles fueron similares, tal vez las adolescentes una vez que se embarazaron dejaron dichos hábitos temporalmente.

Al analizar los antecedentes obstétricos es interesante encontrar que el antecedente de aborto (OR=1.82), Cesárea (OR=2.85) y óbitos (OR=4.16) aumentan el riesgo aunque al analizarlo cuantitativamente los datos de estas no son estadísticamente significativos .esto puede ser por el número de casos que presentaron dichos antecedentes, lo que hace poco confiable dicho riesgo, a pesar que la literatura médica indica que el riesgo de padecer una amenaza de aborto aumento con estos antecedentes.

De acuerdo a los datos analizados en la evolución del embarazo actual, el tener un periodo intergenesico menor de 18 meses aumento el riesgo de una amenaza de aborto en más de 3 veces ($p=0.0089$, OR=3.37, CH2=6.83 y un IC de 1.2 – 9.54). Esto es debido a que la madre no recupera sus reservas corporales totalmente con un periodo intergenesico corto, lo que conlleva a que el posterior embarazo no evolucione en condiciones óptimas.

Según las patologías que se surgieron durante el embarazo se encontró que la ITS (OR=3.72), aumentaron de manera significativa el riesgo de presentar amenaza de aborto, esto ya que en la mayoría se localizan a nivel del canal del parto, irritan, debilitan y hasta dañan los tejidos circundantes pudiendo precipitar una amenaza de aborto, consistente con Schwartz el cual habla como las secreciones cervicovaginales afectan el endotelio causando así amenaza de aborto.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

1-En relación a los datos sociodemográficos que encontramos como factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto son: La edad en su mayoría tenían entre 15 y 19 años, de ocupación ama de casa, estado civil solteras, y nivel de escolaridad medio.

2-Dentro de los antecedentes personales patológicos con mayor frecuencia encontramos como factores de riesgo para la amenaza de aborto las siguientes patologías: ITU, Anemia y asma.

3-Los antecedentes familiares patológicos como factores de riesgo asociados para amenaza de aborto fueron: la HTA.

4- En relación a los antecedentes ginecobstetricos como factores de riesgo para la amenaza de aborto se encontraron: ser primigestas, periodo intergenesico menor a 18 meses, y edad gestacional mayores a 12 semanas.

5- Las enfermedades del embarazo como factor de riesgo para la amenaza de aborto fueron ITU seguidas de las ITS.

6-Con respecto a la evolución del embarazo actual la mayoría de las adolescentes evolucionaron satisfactoriamente.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

- A los directores de SILAIS y centros de salud para que establezca un mecanismo efectivo específicamente el personal, que realiza trabajo de terreno, para que se pueda trasladar a toda embarazada de la comunidad al centro de salud para su control prenatal, lo más temprano posible.

- A los directores del centro de salud y jefes de la consulta obstétrica, realizar una supervisión más continúa de los expedientes, analizando la calidad de atención y protocolo del embarazo de alto riesgo, y que pueda ser referido al nivel superior, en el momento oportuno.

- A nivel de directores de atención médica de los hospitales y jefes de servicio, se oriente a médicos en formación a que toda paciente que ingresa con amenaza de aborto se cumpla la aplicación de protocolo emitidos por el MINSA de forma estricta, para un manejo correcto.

CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aquino, V. J. (2013). *"Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de Septiembre 2012 a Febrero 2013"*. Guayaquil - Ecuador.: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>.
- 2.-Butanda, V. L., & Miranda Vega, A. (s.f.). *Amenaza de Aborto (Artículo de revisión)*. Obtenido de <http://www.beneficienciaespanola.com.mx/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=0&moduleid=466&articleid=609&documentid=53>.
- 3.-Nicaragua., D. d. (s.f.). *Nicaragua Reporte de Pobreza (Desafios y Oportunidades para la Reducción de la Pobreza). Volumen I: Reporte Principal*. Nicaragua.: <http://www.inide.gob.ni/bibliovirtual/publicacion/reportepobreza.pdf>.
- 4.-Burak.(Compilador), S. D. (2001). *Adolescencia y Juventud en America Latina*. (M. C. M., Ed.) Cartago,, Costa Rica: Centro de Producción 8pre-prensa): Editorial Tecnologica de Costa Rica.
- 5.- Dr.Almirall Chávez., A., Dra.Márquez Vázquez, A., Dr. Cruz Chávez, F., & Dr. Álvarez Almoedo, E. (1997). *Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida;FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. FILIAL DE BAYAMO (Rev Cubana Pediatr 1997;69(2):82-88)*. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol69_2_97/ped02297.htm
- 6.-Hellen Gabriela Munguía Montalván, Ruiz Martínez., L., Sánchez Pineda, E., & Rosales Darce, J. (2005). *Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega*. Chinandega, Nicaragua: Biblioteca Rubén Darío. UNAN-Managua.
- 7.-Naciones Unidas, Reporte 2007. (2007). *Observatorio de Jóvenes, Comunicacion y Medios* . Obtenido de <http://www.perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/node/12>

- 8.-Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2011 "Las Juventudes Construyendo Nicaragua" (PNUD). (2011). *Embarazos de adolescentes y jóvenes reducen sus oportunidades, revela Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2011: Las juventudes construyendo Nicaragua*.
Obtenido de
http://www.indhjuventudes.org.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=26:embarazos-de-adolescentes-y-jovenes-reducen-sus-oportunidades-revela-informe-nacional-sobre-desarrollo-humano-2011-las-juventudes-construyendo-nicaragua&catid=13:apuntes&Item
- 9.-Antillón, C. (2012). *Causas del embarazo en adolescentes en el departamento de Chontales*. Managua: Area de comunicación e Incidencia.
- 10-UNICEF. (2011). the state of the world's children 2011. *United Nation Children's Fund*.
- 11.-Díaz, A. S. (s.f.). Riesgos Obstétricos en el embarazo. Riesgos Obstétricos en el embarazo.
- 12.-Issler, J. (2001). Embarazo en la Adolescencia. *Obstetricia y Ginecología*, 107: 11-23.
- 13.-CLAP/OPS/OMS. (11 de Enero de 2012). *Enfoque de Riesgo. Manual de Autoinstrucción. Montevideo Uruguay*. Obtenido de <http://bit.ly/Av57Fh>
- 14.- MD, P. I., MD Ramiro Molina. , & Zamberlin, N. (Enero 2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en America Latina y el Caribe*. Lima, Perú: Luis Távara Orozco.
- 15.- MINSa. (Abril 2013). Normativa 109 Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua
- 16.- Viridiana López Butanda, A. L. (2013). *Amenaza de Aborto*. España.
- 17.- Rivera, A. C. (2011). AMENAZA DE ABORTO. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica.*, 497.

- 18.- Estrada., A. S. (Abril 2007). *Factores de Riesgo Asociados a la Amenaza de Aborto en Pacientes Adolescentes Desnutridas en el Primer y Segundo Trimestre del Embarazo Atendidas en el OCentro de Salud "Silvia Ferrufino" en el Año 2005 y Primer Trimestre del 2006 en la ciudad de Managua*. Managua: Biblioteca Rubén Darío. UNAN-Managua.
- 19.-Botero, J. (1994). *Obstetricia y Ginecología*. 4ta edición. Reimpresión.
- 20.-Osorno, L. C. (2008). *Ginecología y Obstetricia :Factores maternos relacionados con la prematuridad*. México, México.
- 21.-Jerez, M. C. (1999.). *Evaluación de los niveles de progesterona en la amenaza de aborto*. Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora Quito.
- 22.-Víctor Miranda H, y. J. (2003). *Análisis Critico del Manejo de la Incompetencia Cervical*. Santiago Chile: Universidad Católica de Chile.
- 23.-Martínez, J. J. (24 de Junio de 2009). *Relaciones Sexuales durante el Embarazo*. Obtenido de www.consultasexual.com.mx
24. Wikipedia enciclopedia libre Inmunología de la reproducción Aborto Espontáneo.
- 25.- Balas, B. M., & Bandigo Sequeira., B. (2013). *Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretermino en embarazadas atendidas en Hospital José Nieborowski Boaco 2012*. Boaco.: CEDOC, UNAN, Managua.
- 26.- ProFamilia Bogotá, C. (s.f.). *Métodos Anticonceptivos*. Obtenido de <http://profamilia.org.co/preguntas-y-respuestas/metodos-anticonceptivos/?id=17>
- 27.- Bernales, B. D., & Oyarzún Ebensperger, E. (2012). Embarazo de alto riesgo. *MEDWave, Revista Biomédica Revisada Por PareS*, 6. (Sarabia, Álvarez, Vara Delgado, Gómez Mariño, & González Rodríguez, 2008) (Sarabia, Álvarez, Vara Delgado, Gómez Mariño, & González Rodríguez, 2008)

- 28.- MINSA. (Septiembre,2011). *Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico, Normativa - 077*. Managua: MINISTERIO DE SALUD.
- 29.- Drs. Correa, A., Sáez, J., G, R. A., Valderrama C, O., & Villablanca, E. (2002). SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS Y EMBARAZO. *REV CHIL OBSTET GINECOL* , 197-199.
- 30.- Angulo, D. (2005). *PREVALENCIA DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON AMENAZA DE ABORTO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DE LA PROVINCIA DE SUCUMBIOS, NUEVA LOJA DE ENERO-ABRIL 2014*. Quito.: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4829/1/T-UCE-0006-55.pdf>.
- 31.- Sarabia, D. M., Álvarez , D., Vara Delgado, D., Gómez Mariño, D., & González Rodríguez, D. (2008). *La enfermedad periodontal como factor de riesgo para el parto pretérmino*. Camagüey: http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista30_art3.pdf.
- 32.- Guillén, D. C. (Noviembre de 2007). *Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo*. La Habana, Cuba, : <http://www.aladlatinoamerica.org/DOCConsenso/DIABETES%20Y%20EMBARAZO.pdf>.
- 33.- Gallego, C. (2008). *Revista electronica de portales medicos* .
- 34.- J Guadalupe Panduro Barón, P. M. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y obstetricia de mexico* , 694-704.
- 35.- Otero, M. r. (2009). Recuperado el 03 de enero de 2016, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2523>
- 36.- Ramirez, G. ,. (2008). Recuperado el 03 de enero de 2016, de Universidad de san carlos guatemala: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8591.pdf
- 37.- S, E. d. (2008). Embarazo adolescente: Un problema país. *Revista chilena de ginecología y obstetricia* , 291-292.BH

- 38.- Schawrcz, R. (1995). *Obstetricia*. Buenos Aire: El Ateneo.
- 39.- Siver, M. E. (1992). *Manual de medicina para la adolescencia*.
- 40.- Solórzano, M. D. (s.f.). *Atencion Integral Ginecologia (Clinica de la Mujer)*. Obtenido de <http://www.atenciondelamujer.com.mx/temas-interes/infecciones-de-transmision-sexual.php>
- 41.- Cajina, J. I. (2015). *El embarazo en adolescente .Boletin Informativo*. Obtenido de <file:///c:/User/luis%20pc/Downloads/Bolet%C3%ADn%20Informativo%20Embarazo%20en%20Adolescente.pdf>

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1.Revision final de protocolo y presentación a las actividades	XXXX													
2. Presentación de protocolo a la UNAN-Managua.			XXXX											
3. Diseño y prueba del instrumento.					XXXX									
4. Recolección de datos en HBCR.							XXXX							
5. Procesamiento y análisis de datos.										XXXX				
6. Evaluación final.												XXXX		
7. Informe final													XXXX	
8. Publicación.														XXXX

INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECIÓN DE DATOS

I.- Identificación Personal

Encuesta: _____

01.Nº de Expediente _____

- 1 Condición de Riesgo. 1) Caso _____ 2) Control _____
- 2 Edad: 1.) 13-15/ _____/2.)16-17/ _____/3.) 18-19/ _____.
- 3 Escolaridad 1) Analfabeta _____ 2) Alfabeta _____ 3) Primaria _____
4) Secundaria _____ 5) Técnico Superior _____
- 4 Ocupacion:1) Estudiante _____ 2) Ama de Casa _____ 3) Operaria _____
4) Domestica _____ 5) Comerciante _____
- 5 Religión: 1) Católica _____ 2) Evangélica _____ 3) Ninguna _____
- 6 Estado Civil: 1) Soltera _____ 2) Acompañada _____ 3) Casada _____

II.- Antecedentes de las embarazadas en estudio.

7. Antecedentes Patológicos Personales: 1) Si _____ 2) No _____
8. Tipos de Antecedentes Patológicos: 1) ITU _____ 2) HTA _____ 3) Epilepsia _____
4) DM _____ 5) Asma _____ 6) Tb pulmonar _____ 7) Anemia _____
8) VIH/SIDA _____ 9) condilomatosis _____
9. Antecedentes Patológicos Familiares: 1) Si _____ 2) No _____
10. Tipos de Antecedentes Patológicos Familiares: 1) HTA _____ 2) Gemelares _____
3)DM _____ 4) Tb pulmonar _____
11. Antecedentes no Patológicos: 1) Si _____ 2) No _____
12. Tipos de Antecedentes no patológico:1) Alcohol _____ 2) Tabaco _____
3) Drogas _____

13. Antecedentes de Planificación Familiar: 1) Si_____ 2) No_____
14. Tipo de método de planificación familiar: 1) Gestagenos orales_____ 2) Inyectables_____ 3) DIU_____

III.- Antecedentes Obstétricos

15. # de Embarazos: 1) 0_____ 2) 1_____ 3) 2_____ 4) +3_____
16. # de Partos: 1) 0_____ 2) 1_____ 3) 2_____ 4) +3_____
17. # de abortos: 1) 0_____ 2) 1_____ 3) 2_____ 4) +3_____
18. # de cesáreas: 1) 0_____ 2) 1_____ 3) 2_____ 4) +3_____
19. # de óbitos: 1) 0_____ 2) 1_____ 3) 2_____ 4) +3_____

IV.- EMBARAZO ACTUAL

20. Semanas de Gestación Actual: 1) < 12SG_____ 2) 12-19SG_____ 3) >20SG_____
21. Intervalo Inter genésico menor de 18 meses: 1) Si_____ 2) No_____
22. # de CPN: _____
23. Recurso que atendió el Primer CPN: 1) Médico Especialista_____ 2) MG_____ 3) MSS_____ 4) Enfermería_____ 5) Aux. _____
24. Patologías durante el embarazo: 1) Si_____ 2) No_____
25. Tipos de Patologías durante el embarazo: 1) SHG_____ 2) ITU_____ 3) Anemia_____ 4) DMG_____ 5) ETS_____ 6) APP_____
26. Amenaza de aborto: 1) Si_____ 2) No_____
27. En qué semana de gestación se presenta la Amenaza de Aborto: _____
28. Grado de desnutrición según IMC: 1) Leve_____ 2) Moderado_____ 3) Severo_____

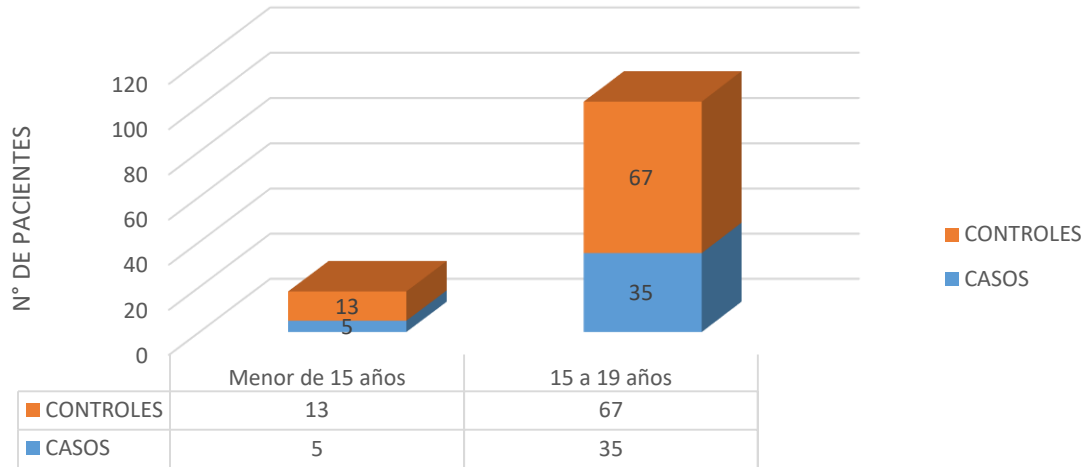
TABLAS Y GRÁFICOS.

Cuadro N°1.- Características demográficas como factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	CONDICIÓN DE RIESGO				RESULTADOS ESTADÍSTICOS
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
Grupo Etéreo:					OR: 0.76 IC: 0.24-2.36 CH2: 2.26 P: 0.6117906
Menor de 15 años	5	12.5	13	15.6	
15 a 19 años	35	87.5	67	80.4	
Total	n=40		n=80		
Escolaridad:					OR: 1.93 IC: 0.78-4.74 CH2: 2.46 P: 0.1166147
Analfabeta/alfabetizada	16	40.0	20	25	
Algún grado de escolaridad	24	60.0	60	75	
Total	n=40		n=80		
Ocupación					OR: 1.06 IC: 0.43-2.63 CH2: 0.02 P: 0.8892973
Ama de casa	30	75	56	70	
Otras	10	25	24	30	
Total	n=40		n=80		
Ocupación:					OR: 1.02 IC: 0.25-4.45 CH2= 0.00 P: 0.9781659
Ama de casa	30	88.23	55	85.93	
Estudiante	4	11.76	9	14.06	
Total	n=34		n=64		
Ocupación:					OR: 1.07 IC: 0.019-5.97 CH2: 0.01 P: 0.9326537
Operaria/domestica	7	63.63	16	64.00	
Estudiante	4	36.36	9	36.00	
Total	N=11		N=25		
Religión:					OR: 0.63 IC: 0.24-1.63 CH2: 1.10 P: 0.2932207
Católica	12	30.00	15	18.75	
Evangélica	2	5.00	5	6.25	
Ninguna	26	65.00	60	75	
Total	n=40		n=80		
Estado Civil:					OR: 0.41 IC: 0.13-1.20 CHI ² : 3.17 P: 0.0748495
Soltera	6	15.00	24	30	
Casada/Acompañada	34	85.00	56	70	
Total	n=40		n=80		

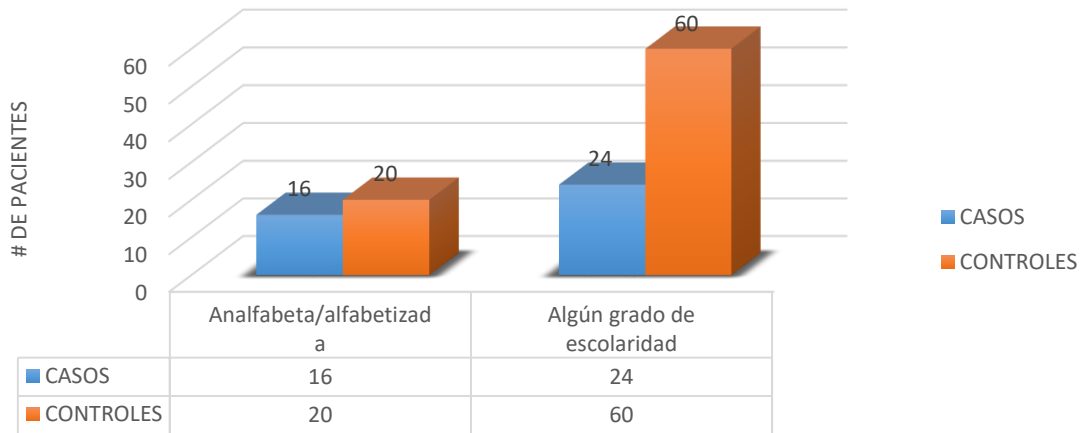
Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes adolescentes embarazadas con amenaza de aborto ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Gráfico 1.1- Edad como factor de riesgo asociado a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del HBCR.



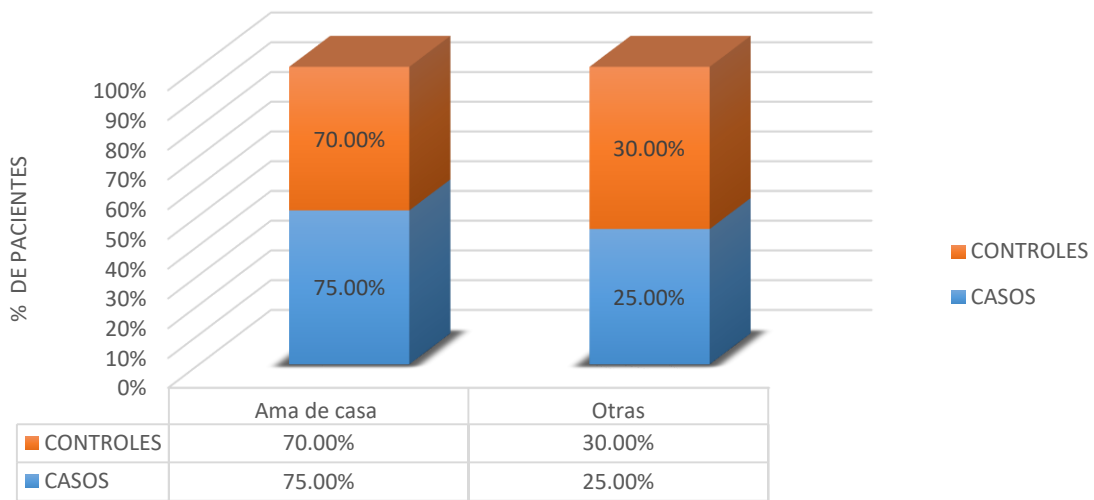
FUENTE: CUADRO N°1

Gráfica 1.2 - Escolaridad como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del HBCR.



FUENTE: CUADRO N°1

Gráfica 1.3 - Ocupación como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del HBCR.



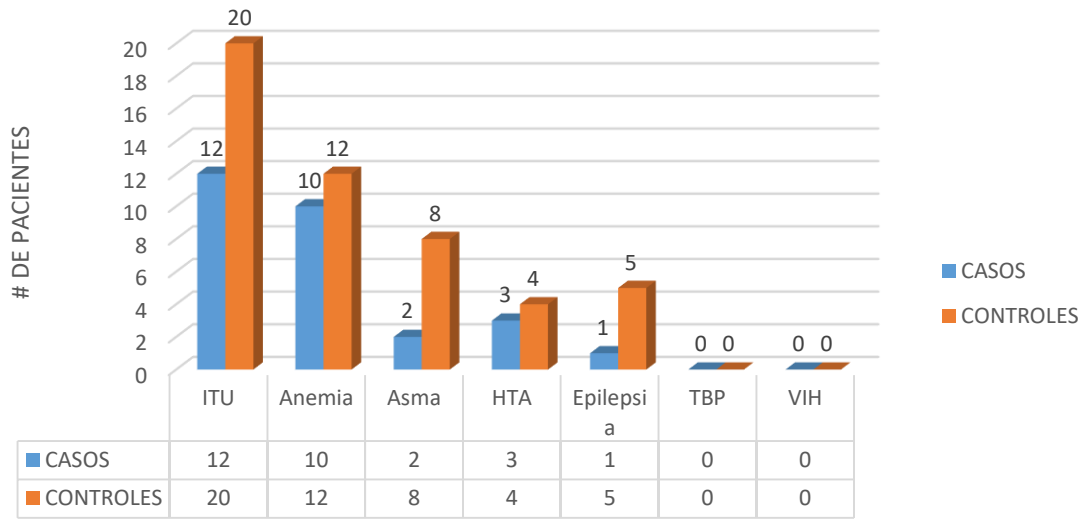
FUENTE: Cuadro n°1

Cuadro N°2.- Antecedentes patológicos personales como factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones I del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Antecedentes patológicos personales	Condición de riesgo				Resultados Estadísticos
	Casos		Controles		
	N°	%	N°	%	
➤ SI	23	57.5	46	57.5	OR: 1.00 0.43-2.31 0.00 1.0000000
➤ NO	17	42.5	34	42.5	
Total	n=40		n=80		
Tipos de Antecedentes personales:					
➤ ITU	12	52.17	20	43.47	
➤ Anemia	10	43.47	12	26.08	
➤ Asma	2	8.7	8	17.4	
➤ HTA	3	13.00	4	8.7	
➤ Epilepsia	1	4.3	5	10.9	
➤ TBP	0	0.00	0	0.00	
➤ VIH	0	0.00	0	0.00	
Total	n=23		n=46		
Riesgos entre patologías:					OR: 1.20 0.38-3.72 0.12 0.7307032
➤ ITU	12	52.17	20	43.47	
➤ Otras	11	47.82	26	56.52	
Total	n=23		n=46		
Riesgos entre patologías:					OR: 2.31 0.68-7.94 2.29 0.1301659
➤ Anemia	10	43.47	12	26.08	
➤ Otras	13	56.52	34	73.91	
Total	n=23		n=46		

Fuente: Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes adolescentes embarazadas con amenaza de aborto ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Gráfico 2.1 Antecedentes Patológicos personales como factor de riesgo asociada a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del HBCR



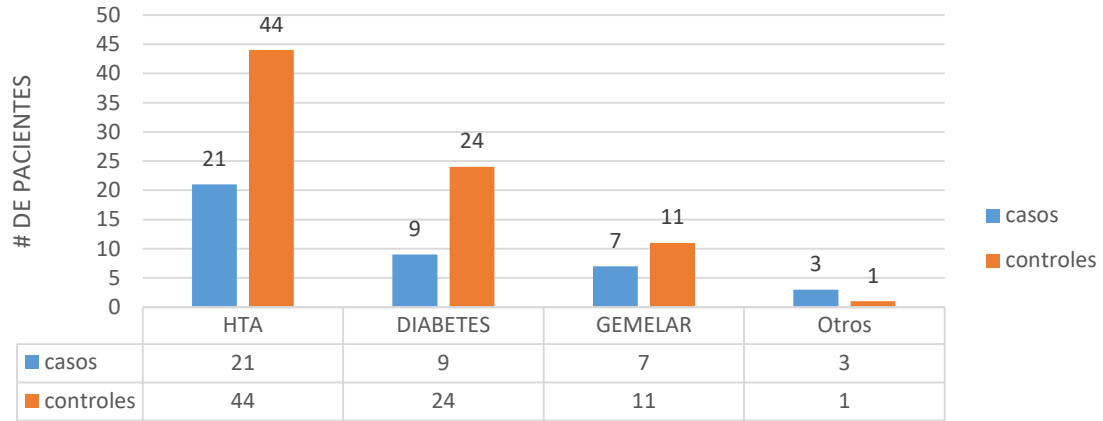
FUENTE: CUADRO N°2

CuadroN°3.- Antecedentes familiares como factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones I del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015 .

Antecedentes Familiares	Condición de riesgo				Resultados Estadísticos
	casos		controles		
	N°	%	N°	%	
SI	29	72.5	53	66.25	OR: 1.50 0.61-3.74
NO	11	27.5	27	33.75	
Total	n=40		n=80		0.3398244
Tipos de antecedentes familiares					
HTA	21	65.51	44	83.01	
DIABETES	9	27.58	24	45.28	
GEMELAR	7	24.13	11	20.75	
TBP	0	0.00	0	0.00	
Otros	3	10.34	1	1.96	
Total	n=40		n=80		
Riesgos entre patologías					
HTA	21	72.41	44	83.01	OR: 0.30 0.09-0.95
Otras	8	27.58	9	16.98	
Total	n=31		n=53		5.31 0.0211874
Riesgos entre patologías					
Diabetes	9	31.03	24	45.28	OR: 0.50 0.17-1.49
Otras	21	72.41	29	54.71	
Total	n=29		n=53		1.88 0.1699085

Fuente: Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes adolescentes embarazadas con amenaza de aborto ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Gráfico 3.1 - Antecedentes patológicos familiares como factores de riesgos asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes en la primera mitad del embarazo ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderon Roque.



FUENTE: CUADRO N°3

Cuadro N°4.- Antecedentes no patológicos como factores de riesgo asociados a la amenaza de aborto en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones I del hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Antecedentes no patológicos	Condición de riesgo				Resultados Estadísticos
	Casos		Controles		
	N°	%	N°	%	
➤ SI	0		0		
➤ NO	40	100	80	100	
Total	n=40		n=80		
Uso de métodos anticonceptivos:					OR: 1.18
➤ Si	28	70.00	53	66.25	0.49-2.85
➤ no	12	30.00	27	33.75	0.17
Total	n=40		n=80		0.6805426
Tipos de métodos anticonceptivos:					
➤ Inyectables	15	53.57	30	56.60	
➤ Gestagenos orales	12	42.85	23	43.39	
➤ DIU	1	3.57	0	0.00	
Total	n=28		n=53		

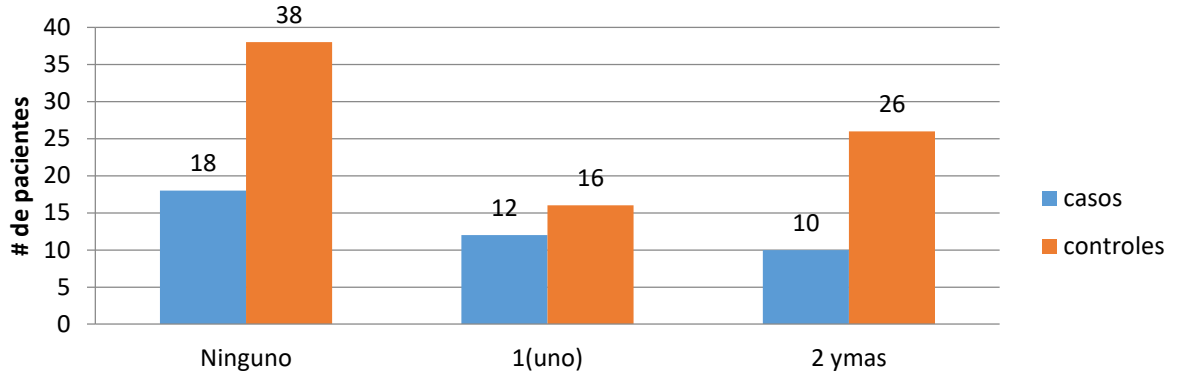
Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes adolescentes embarazadas con amenaza de aborto ingresadas en la sala de complicaciones I del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Cuadro n°5.- Antecedentes gineco- obstétricos como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en hospital Bertha calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Antecedentes gineco- obstétricos	CONDICIÓN DE RIESGO				RESULTADOS ESTADÍSTICOS
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
Numero de gestas					OR: 0.39 IC: 0.14-1.13 CH2= 3.71 P: 0.0542002
❖ Ninguno	18	45%	38	47.5%	
❖ 1 (uno)	12	30%	16	20%	
❖ 2 y mas	10	25%	26	32.5%	
Total	n=40		n=80		
Número de partos					
❖ Ninguno	21	52.5%	15	18.75%	
❖ Uno	15	37.5%	5	6.25%	
❖ Dos	4	10%	60	75%	
Total	n=40		n=80		
Antecedentes de aborto					OR: 1.82 IC: 0.62-5.36 CH2: 1.46 P: 0.2272885
❖ Si	8	20%	15	18.75%	
❖ No	32	80%	65	81.25%	
Total	n=40		n=80		
Antecedentes de cesárea					OR: 2.85 IC: 0.50-17.1 CH2: 1.88 P: 0.1702738
❖ Si	3	7.5%	3	3.75%	
❖ No	37	92.5%	77	96.25%	
Total	n=40		n=80		
Antecedentes de óbitos					OR: 4.16 IC: 0.28-119.82 CH2: 1.53 P: 0.2167678
❖ Si	3	7.5%	2	2.5%	
❖ No	37	92.5%	78	97.5%	
Total	n=40		n=80		

Fuente: Expediente clínico de las pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en el hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Grafica n°5.1- Número de gestas como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones I en HBCR



FUENTE:CUADRO N° 5

Cuadro n° 6.- Patologías del embarazo actual como factores de riesgos asociados como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en hospital Bertha calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Patologías del embarazo actual.	CONDICIÓN DE RIESGO				RESULTADOS ESTADÍSTICOS
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
❖ Riesgos entre las patologías :					OR: 0.76 IC: 0.28-2.07 CH2= 0.35 P: 0.5547677
❖ ITU	30	75%	63	78.75%	
❖ Otras	10	25%	17	21.25%	
Total	n=40		n=80		
❖ Riesgos entre las patologías:					OR: 2.85 IC: 0.17-6.99 CH2: 6.47 P: 0.0109586
❖ ITS	28	70%	36	45%	
❖ Otras	12	30%	44	55%	
Total	n=40		n=80		
❖ Riesgos entre las patologías:					OR: 3.72 IC: 1.50-9.27 CH2: 10.08 P: 0.0015017
❖ Anemia	21	52.5%	32	40%	
❖ Otras	19	47%	48	60%	
Total	n=40		n=80		
❖ Riesgos entre las patologías:					OR: 1.47 IC:0.37-5.69 CH2: 0.38 P: 0.5349849
❖ SHG	5	12.5%	7	8.75%	
❖ Otras	34	85%	73	91.25%	
Total	n=40		n=80		

Fuente: Expediente clínico de las pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en el hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Cuadro n°7.- Evolución del embarazo actual como factor de riesgo asociado a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes ingresadas en la sala de complicaciones 1 del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015

Evolución del embarazo actual	CONDICIÓN DE RIESGO				RESULTADOS ESTADÍSTICOS
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
❖ Riesgos entre las patologías :					OR: 0.76 IC: 0.28-2.07 CH2= 0.35 P: 0.5547677
❖ ITU	30	75%	63	78.75%	
❖ Otras	10	25%	17	21.25%	
Total	n=40		n=80		
❖ Riesgos entre las patologías:					OR: 2.85 IC: 0.17-6.99 CH2: 6.47 P: 0.0109586
❖ ITS	28	70%	36	45%	
❖ Otras	12	30%	44	55%	
Total	n=40		n=80		
❖ Riesgos entre las patologías:					OR: 3.72 IC: 1.50-9.27 CH2: 10.08 P: 0.0015017
❖ Anemia	21	52.5%	32	40%	
❖ Otras	19	47%	48	60%	
Total	n=40		n=80		
❖ Riesgos entre las patologías:					OR: 1.47 IC:0.37-5.69 CH2: 0.38 P: 0.5349849
❖ SHG	5	12.5%	7	8.9%	
❖ Otras	35	87.5%	73	91.25%	
Total	n=40		n=80		

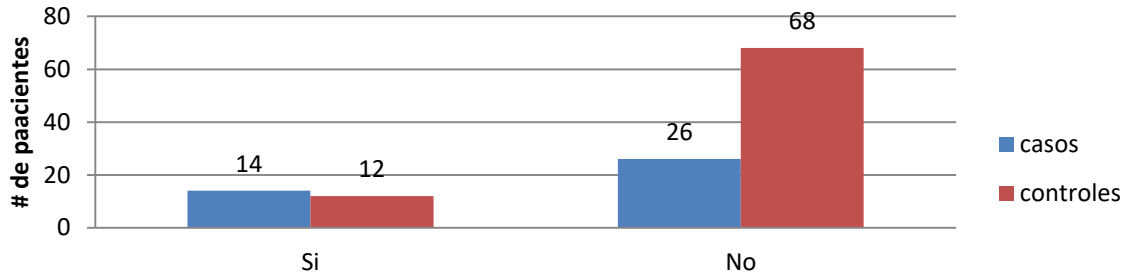
Fuente: Expediente clínico de las pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en el hospital Bertha Calderón Roque.

Cuadro n°8.- Evolución del embarazo actual como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en hospital Bertha calderón Roque en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

Evolución del embarazo actual	CONDICIÓN DE RIESGO				RESULTADOS ESTADÍSTICOS
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
Intervalo intergenesico menor de 18 meses:					
❖ Si	14	35%	12	15%	OR: 3.37 IC: 1.20-9.54 CH2= 3.71
❖ No	26	65%	68	85%	
total	n=40		N=80		P: 0.0542002
Semanas de gestación en la que se presentó la amenaza de aborto.					
❖ Menor de 12 SG			.....	.....
❖ 12 y mas	14	35%	.....	.....
	26	65%	.....	.....
Total	n=40				

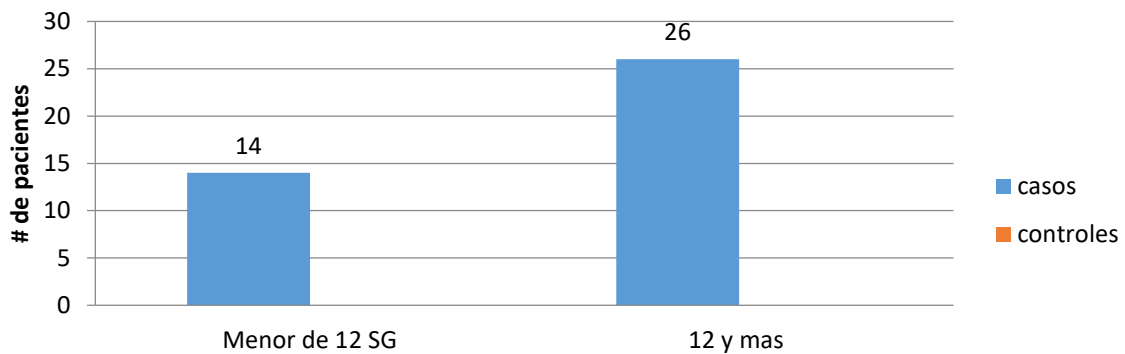
Fuente: Expediente clínico de las pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en el hospital Bertha Calderón Roque.

Grafica n°8.-Intervalo Intergenesico menor de 18 meses como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en hospital Bertha calderón Roqu



FUENTE: CUADRO 8

Grafica 8.2-Semanas de gestación en la que se presentó la amenaza de aborto como factor de riesgo asociados a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en HBCR



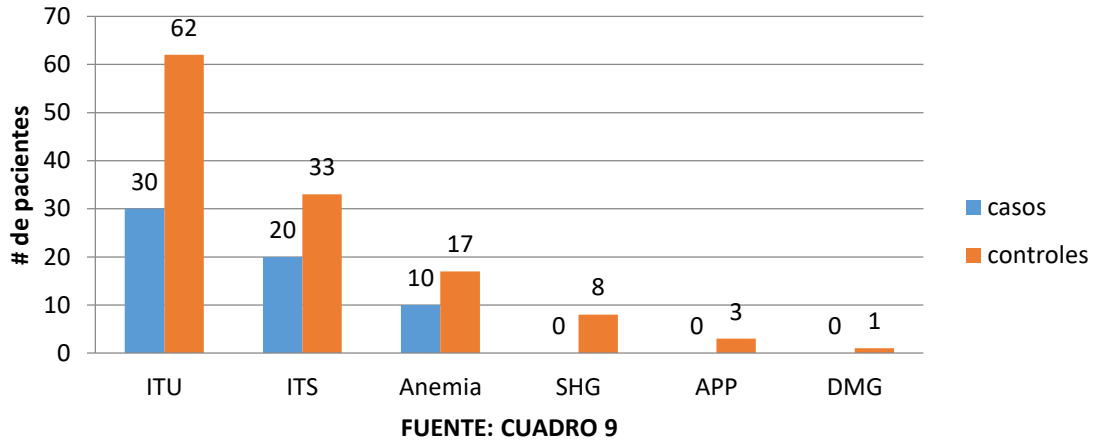
FUENTE: CUADRO 8

Cuadro n°9 Patologías del embarazo actual como factor de riesgo asociado a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes ingresadas en la sala de complicaciones 1 del HBCR en el periodo de Enero a Diciembre del 2015

Patologías del embarazo actual.	Condición de riesgo.				RESULTADOS ESTADÍSTICOS
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
Patologías del embarazo					OR: 1.52 IC: 0.13-39.22 CH2= 0.13 P: 0.07202715
❖ Si	38	95%	78	97.5%	
❖ no	2	5%	2	2.5%	
Total	n=40		n=80		
Tipo de patologías del embarazo:					
❖ ITU	30	75%	62	77.5%	
❖ ITS	20	65%%	33	41.25%	
❖ Anemia	10	50%	17	21.25%	
❖ SHG	.....	25%	8	10%	
❖ APP	.....		3	3.75%	
❖ DMG			1	1.25%	

Fuente: expediente clínico de las pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en el hospital Bertha Calderón Roque.

Grafica n°9.1 Patologías del embarazo actual como factor de riesgo asociado a la amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en pacientes adolescentes ingresadas en la sala de complicaciones 1 del HBCR en el periodo de Enero a Diciembre del 2015

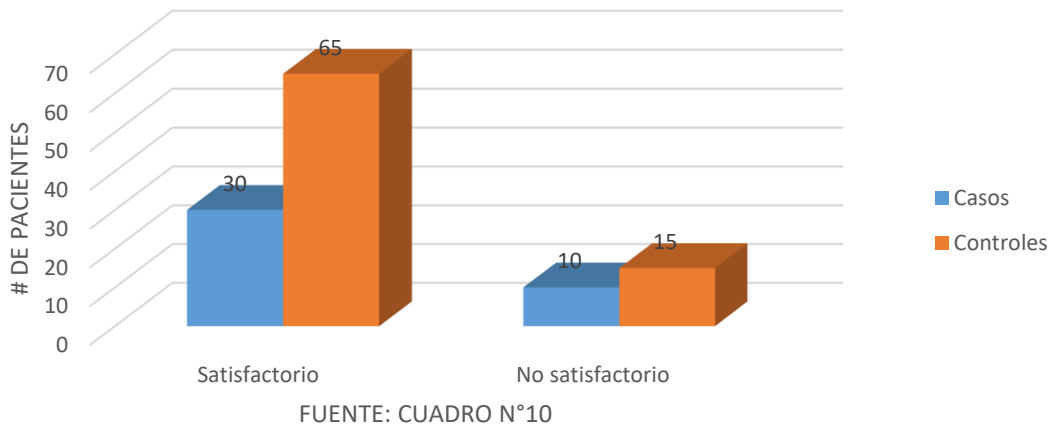


Cuadro N°10.- Evolución del embarazo actual en las pacientes adolescentes que ingresaron con amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en la sala de complicaciones 1 del HBCR en el periodo de Enero a Diciembre 2015

Evolución del embarazo actual	CONDICIÓN DE RIESGO				
	CASOS		CONTROLES		RESULTADOS ESTADÍSTICOS
	N°	%	N°	%	
Terminación del embarazo actual:					
❖ Satisfactorio	30	75.0	65	81.25	
❖ No satisfactorio	10	25.0	15	18.75	
Total	n=40		n=80		120

Fuente: expediente clínico de las pacientes adolescentes embarazadas ingresadas en la sala de complicaciones 1 en el hospital Bertha Calderón Roque.

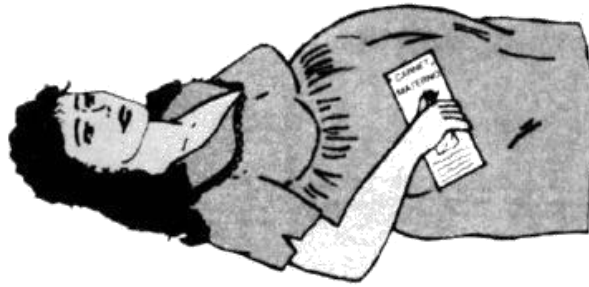
Gráfica 10.1 - Evolución del embarazo actual en las pacientes adolescentes que ingresaron con amenaza de aborto en la primera mitad del embarazo en sala de complicaciones I del HBCR en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.



FUENTE: CUADRO N°10



República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Carné Perinatal



Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Llévelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.

Proteja su Embarazo

Cumpla con sus citas y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Tomé las vitaminas que entregarán en su unidad de salud!

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo/a y garantiza una buena lactancia.

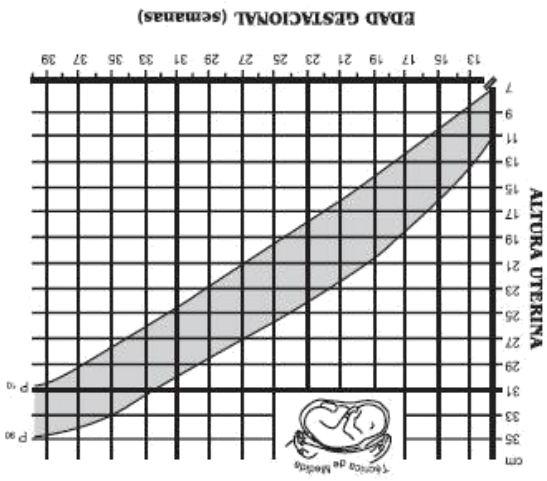
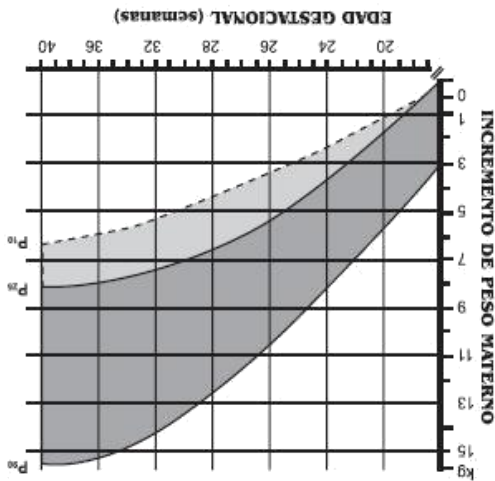
Dele amor a su hijo/a desde el embarazo.

Aplíquese la vacuna antitetánica

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.

Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucécitas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.



USAID
AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

Ministerio de Salud

unicef

Organización Panamericana de la Salud
Panama

Programa de Control de la Salud

CLAP - OPS/OMS MINSA - NICARAGUA

Parto en N° Identidad

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento si no Raza blanca indígena mestiza negra
 DOMICILIO: _____ EDAD años < de 20 > de 35 ALFABETA si no ESTUDIOS ning. prim. univ. sec. años aprob. Estado civil casada unión estable soltera otro

LOCALIDAD: _____ TEL: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES no si -TBC pulmonar <diabetes> <hipertensión> <preclampsia eclampsia> <otros>

PERSONALES no si I II Cirugía tracto reproductivo no si Infertilidad VIH cardiopatía nefropatía condición médica grave

OBSTÉTRICOS

gestas previas abortos vaginales nacidos vivos fin anterior embarazo día mes año < de 1 año > de 5 años

ÚLTIMO PREVIO < de 2500 g > de 4500 g Preclampsia/eclampsia 3 espont. consec. partos cesáreas nacidos muertos muertos 1° sem. después 1° sem. EMBARAZO PLANEADO si no FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO si no barrera DIU píndora IUD DIU natural

EMBARAZO ACTUAL

PESO ANTERIOR kg TALLA (cm) día mes año DUDAS no si ANTITETANICA actual 1° 2°/R ANTRUBEOLA previa embarazo no sabe GRUPO Rh + - sensible si no FUMA si no cigarrillos por día ALCOHOL no si DROGAS no si

Ex. CLINICO normal si no Ex. MAMAS normal si no Ex. ODONTOLÓGICO normal si no PAPANICOLAOU normal si no VIH solicitado si no

CERVIX normal si no VDRL/RPR + - < de 20 sem día mes > de 20 sem día mes Hb < 20 sem < 11 g Hb > 20 sem < 11 g ECO + - < de 20 sem día mes > de 20 sem día mes Fe/Folatos indicados Fa si no Folatos si no Proporcionados si no ESTREPTOCOCCOS B 35 a 37 semanas + - no se hizo

ATENCIÓN PRENATAL EN:

Fechas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Edad Gestacional									
Peso (kg)									
Tensión arterial máx/min (mm HG)									
Alt. uterina pubis fondo									
F.C.F. (lat./min)									

PATOLOGIAS EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Ninguna Preeclampsia Nefropatía Corioamionitis R.C.I.U. hemorragia 2da. mitad otras

HTA previa Eclampsia Diabetes I II G Infección urinaria rotura pre. memb. hemorragia post parto Códigos

HTA inducida embarazo Cardiopatía Otra condición grave Amenaza parto pret. hemorragia 1ra. mitad infección puerperal Códigos

PARTO ABORTO

Fecha Ingreso día mes año CARNÉ si no CONSULTAS PRENATALES Total HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO días CORTICOIDES ANTEPARTO si no Ciclo Único si no Semana inicio Espontáneo si no Inducido si no Cesárea electiva si no RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO si no EG Sem tiempo hasta el parto < 37 sem. > 18 hrs. EDAD GEST. PARTO Sem Día Por FUM Por ECO PRESENTACION Cef. Pélvico Trans.

TERMINACION

espont. forceps cesárea vacuum otra hora min. día mes año Acompañante Pareja Ninguno Familiar Otro Posición Parto Sentada Cucullitas Otro Acostada Ligadura Córdon Precoz (< 30 seg) Tardía (> 30 seg) NIVEL DE ATENCION 3° 2° 1° domic otro

Indic. princ. de parto operatorio o inducción oper induc MÚLTIPLE orden fetos ATENDIO médico enf/obst auxil/empir otro nombre RN

Nacimiento vivo EPISIOTOMIA no si Oxitocina Manejo Act. Alumb. si no PLACENTA completa si no 0=único PARTO nombre NEONATO nombre

ignora momento MEDICACION EN PARTO ninguna anest. anest. gen. analges. oxitoc. antibiot. sulfato magnesio transfusión otros

RECIENTE NACIDO

SEXO f m PESO AL NACER g menor 2500 g LONGITUD cm PER. CEF. cm EG CONFIABLE sem días PESO E.G. adec. peq. gde. APGAR 1° minuto 5° REANIMACION si no FALLECE EN SALA DE PARTO si no REFERIDO si no máscara tubo masaje atresnia

EFECTOS CONGÉNITOS

menor mayor código ENFERMEDADES Ninguna Temp corp Ex. Físico Normal si no Aplic. Vitamina K si no Apago Precoz si no TAMIZAJE NEONATAL VDRL/RPR TSH Hbpatía Audición Bilirrubina Meconio 1° día Boca Arriba

EGRESO R.N.

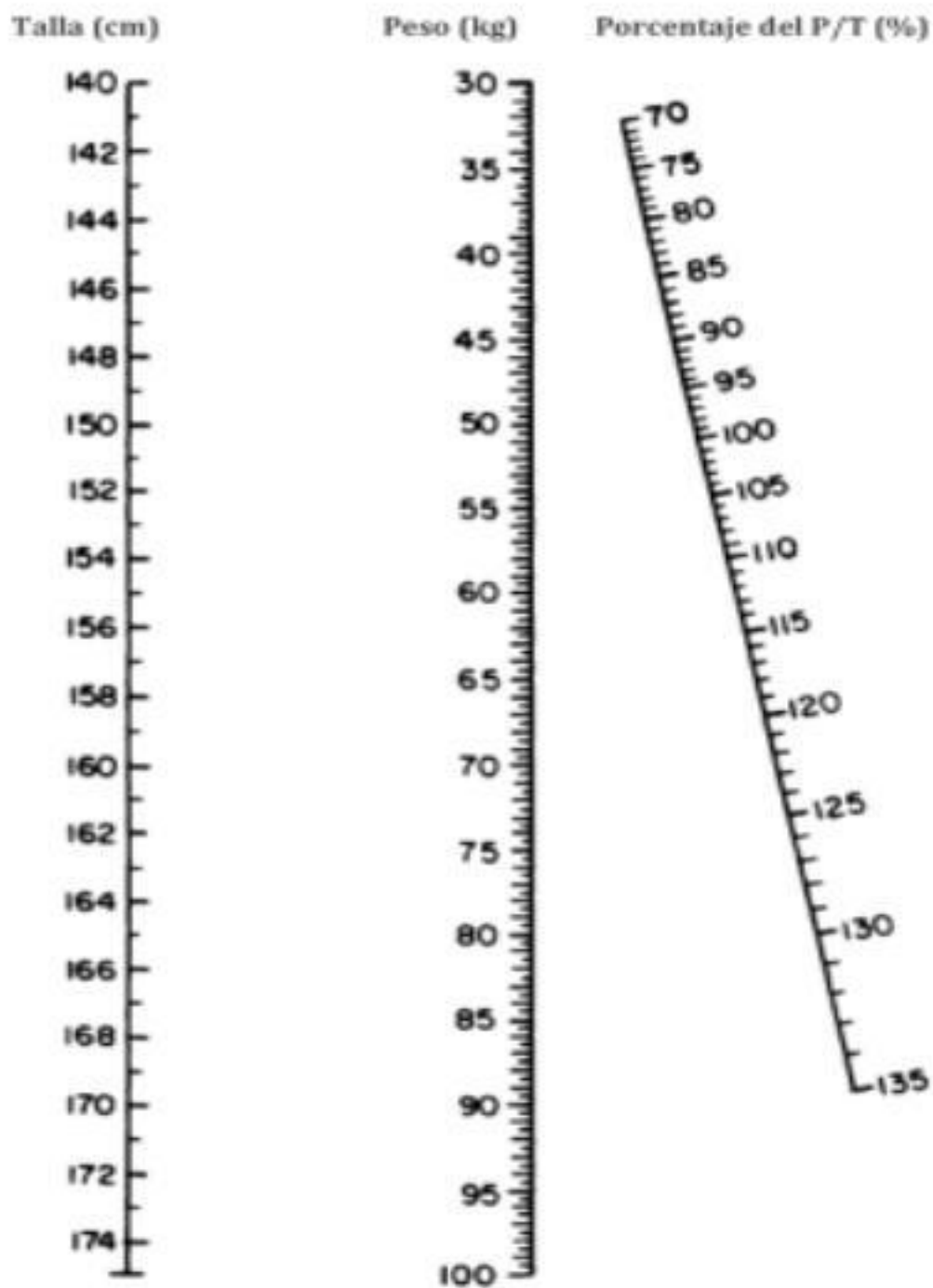
vivo vivo después del traslado fallece fallece después del traslado EDAD días completos < de 1 día LACTANCIA exclusiva parcial fórmula PESO AL EGRESO g EGRESO MATERNO día mes viva fallece Antirrubeola postparto si no

Buena tolerancia oral si no Signos vitales estables T si no FC si no FR si no Buena coloración si no Higiene del Recién nacido si no BCG Aplicada si no Número de Identidad

Nombre RN: _____ Responsable del alta _____

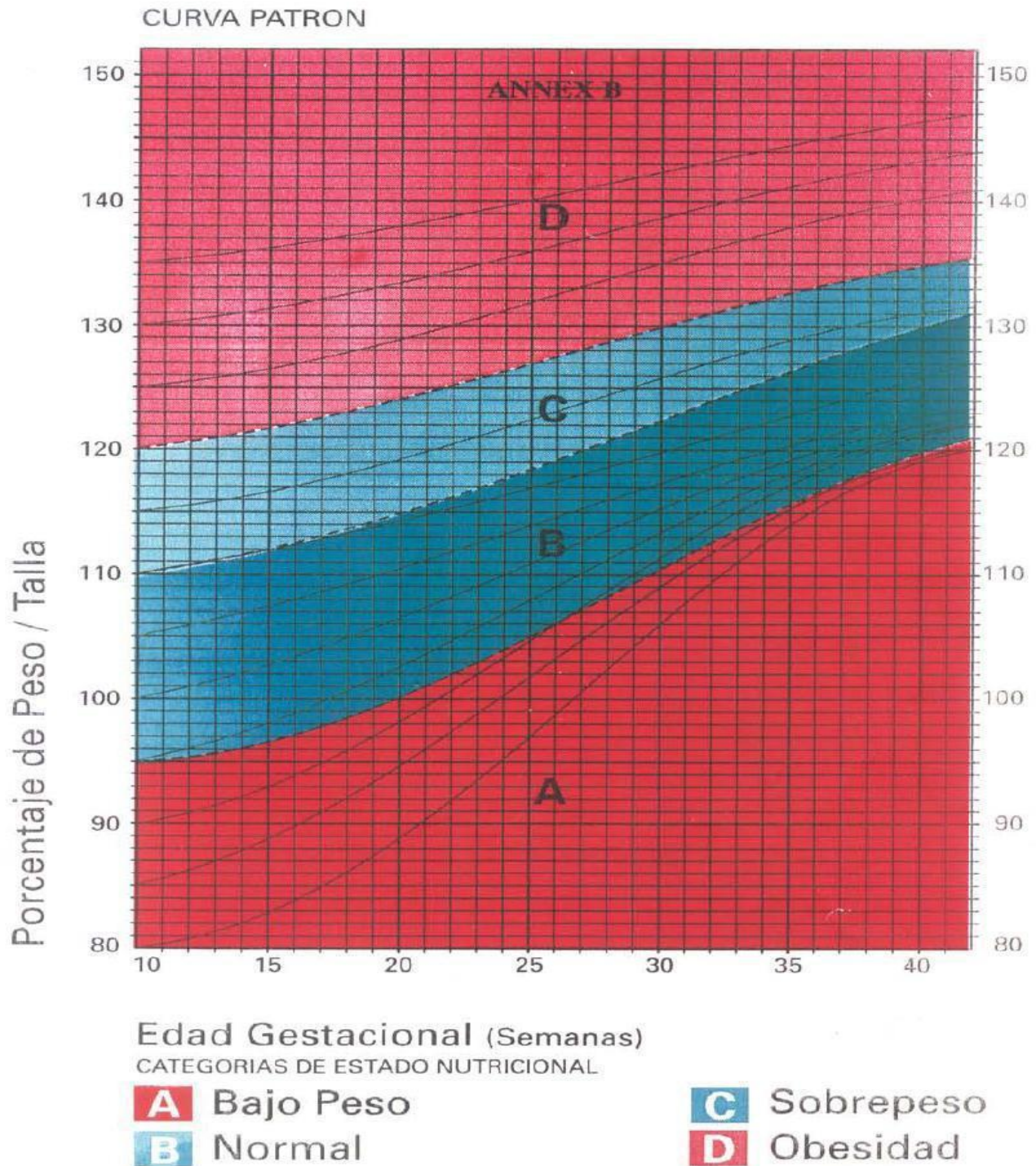
Nicaragua febrero 05 e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otros hojals del expediente clínico

Nomograma para la Clasificación de la Relación Peso/Talla de la Mujer (%)



Fuente: Rosso P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy

Gráfica de Incremento de Peso para Embarazadas



Fuente: Gráfica de incremento de peso para embarazadas. Rosso y Mardones. Ministerio de Salud de Chile, 1986