



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

# TEMA

**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2013.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

## **AUTORA:**

✓ Sonia Karina Castro Delgado.

## **DIRECTOR DE TESIS**

✓ Dr. Ernesto Ortiz Flores

**LOJA- ECUADOR**

**2013**

**DR. ERNESTO ORTIZ FLORES  
DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA.**

**CERTIFICA:**

Que en mi calidad de DIRECTOR DE TESIS, el presente trabajo de Investigación Titulado: “FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2013”, de la Aspirante: Sonia Karina Castro Delgado, previo a optar el grado de Medico General, ha sido realizado bajo mi asesoramiento y supervisión, el mismo que se ha desarrollado adecuadamente, tanto en forma como en su contenido, por lo que me permito autorizar su presentación.

Loja, 08 de Octubre del 2013.



Dr. Ernesto Ortiz Flores.  
DIRECTOR DE TESIS.



**Sonia Castro Delgado**  
**AUTORA**

## AUTORIA

Yo SONIA KARINA CASTRO DELGADO declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente al a Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: SONIA KARINA CASTRO DELGADO.

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sonia Karina Castro Delgado', enclosed within a hand-drawn oval shape.

Cedula: 1104675457

Fecha: 08 de Octubre del 2013.

**CARTA DER AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA,  
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y  
PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo SONIA KARINA CASTRO DELGADO, declaro ser autora de la tesis titulada "FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2013", como requisito para optar al grado de: Medico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Reposorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de Octubre del dos mil trece.

Firma Autora:



Cedula: 1104675457

Dirección: Manuel Agustín Aguirre y Abraham Lincon.

Correo electrónico: soniakarinacastro@gmail.es

Teléfono: 2546254 Celular: 0980423800.

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

Director de Tesis: Dr. Ernesto Ortiz Flores.

Tribunal del Grado:

DR. ERWIN CASTRO

DR. COLON ORTEGA

DR BAYRON GARCES

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios por haberme dado el regalo de la vida, de la familia y por haberme permitido culminar cada una de las metas que me he propuesto, a mis queridos Padres quienes han sido el pilar fundamental y mi inspiración día a día, gracias a ellos soy lo que soy, a mi querida abuelita Luz Jumbo que sé que desde el cielo me cuida y me guía, a mis hermanos y mi sobrino que siempre me han ayudado para salir adelante...

***Sonia***

## **AGRADECIMIENTO**

Culminado el presente trabajo de investigación dejo constancia de mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana Carrera de Medicina Humana; a sus dignas autoridades y docentes, quienes impartieron desinteresadamente sus conocimientos día a día para que nos sirvan en nuestro futuro profesional, y de manera especial al Doctor Ernesto Ortiz Flores Director de Tesis, quien desempeñó un importantísimo papel en el desarrollo de la misma; puesto que, con su paciencia y sus conocimientos supo asesorarme de la mejor manera y así poder culminar el presente trabajo.

De la misma forma Agradezco a las Adolescentes que estuvieron hospitalizadas en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora por haberme permitido recolectar la información necesaria para la presente investigación.

A mis queridos Padres, Hermanos y Familiares que de una u otra forma supieron apoyarme e incentivarne diariamente hasta lograr mis objetivos.

**La Autora**

# **I. TITULO**

FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y  
CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES  
CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL  
ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA,  
DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A  
OCTUBRE DEL 2013.

## **II. RESUMEN**



El presente estudio cuyo Tema es: FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2013; en donde me propuse investigar los siguientes objetivos: Determinar Los Factores de Riesgo Socioeconómicos, Demográficos y Culturales de las Adolescentes con APP. Determinar los antecedentes gineco-obstétricos, los factores obstétricos que inciden en la APP. Identificar la Edad gestacional en la que se presenta mayormente la APP y Establecer el porcentaje de adolescentes que acuden periódicamente a realizarse Controles Prenatales. Los resultados encontrados son los siguientes: Edad en la que más se presentó APP es de 17-19 años (52%), Instrucción Secundaria (66%), Estado Civil: Soltera (73%). Religión: Católica (93,2%), Procedencia Urbana (79,5 %). Viven Casa Propia (48%), viven con Familia Nuclear (57%), Ocupación: Estudiante (77%), Ingresos Económicos <100 dólares (45,5%). IVSA < 15 años (68%), # Compañeros Sexuales: Uno (75%), IVU (66%), ITS (27%), Edad Gestación: 33.5-36.6 Semanas (59%). CPN: >4(70,5%)

**PALABRAS CLAVES: Amenaza de Parto Pretérmino, Factores de Riesgo, Edad Gestacional.**

## SUMMARY

This study whose theme is: SOCIO-ECONOMIC AND CULTURAL FACTORS OF TEENS WITH THREAT PRETERM REGIONAL HOSPITAL ATTENDING AYORA ISIDRO Loja CITY DURING THE PERIOD FROM JUNE TO OCTOBER 2013; where I set out to investigate the following objectives: Determine Risk Factors Socioeconomic, Demographic and Cultural Adolescents with APP. Determine gynecological and obstetric history, obstetric factors affecting the APP. Gestational age Identify which presents mostly the APP and establish the percentage of adolescents attending Prenatal Controls performed periodically. The results are as follows: Age at which more was presented APP is 17-19 years (52%), Secondary Education (66%) Status: Single (73%). Religion: Catholic (93,2%), From Urban (79.5%). Living Home Ownership (48%), living with Nuclear Family (57%), Occupation: Student (77%), Economic Income <\$ 100 (45.5%). IVSA <15 years (68%), # Sex Partners: One (75%), UTI (66%), STI (27%), Age Gestation: 33.5-36.6 Weeks (59%). CPN:> 4 (70.5%)

**KEY WORDS: Preterm Threat, Risk Factors, Gestational Age.**

# **III. INTRODUCCIÓN**

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un periodo de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta, es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características y particularidades muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que comprometen a esta población y en cuya edad el embarazo constituye por sí solo, una condición de riesgo que entraña una elevada morbilidad materna y perinatal. Las investigaciones epidemiológicas han asociado diversos factores que, relacionados estrechamente entre ellos, cada vez más se comprende que la Amenaza de Parto Pretérmino. El Parto Pretérmino y la Prematuridad, tienen una explicación multicausal. Parece obvio pensar que los condicionantes que acompañan al estatus socioeconómico regulan diversos aspectos biomédicos, ambientales, psicológicos e incluso comportamentales de las adolescentes gestantes, que a su vez inciden en la etiopatogenia del Parto Pretérmino y en la que la edad materna supone un notable incremento de la prevalencia de la prematuridad entre las madres menores de 19 años y con mayor significación en los daños perinatales y neonatales cuanto más temprana sea la edad de la adolescente en la que ocurre el embarazo y menor sea la edad gestacional.

El presente estudio denominado: FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2013, está orientado a:

- Determinar Los Factores de Riesgo Socioeconómicos y Culturales de las Adolescentes con Amenaza de Parto Pretérmino, que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, durante el periodo Junio-Octubre del 2013.
- Describir las características socio-demográficas y económicas de las pacientes adolescentes que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja, con amenaza de parto prematuro.
- Determinar los antecedentes gineco-obstétricos que inciden con la amenaza de parto prematuro en adolescentes.
- Establecer los factores obstétricos que inciden con la amenaza de parto prematuro en adolescentes del área en estudio.
- Identificar la Edad gestacional en la que se presenta mayormente la amenaza de Parto Pretérmino.
- Establecer el porcentaje de adolescentes que acuden periódicamente a realizarse Controles Prenatales.

El estudio es de tipo descriptivo y transversal, teniendo como grupo de estudio a Adolescentes en edades de 10 y 19 años, con cuadro de Amenaza de Parto Pretérmino que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

En los Estados Unidos de Norteamérica según estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático de porcentaje de mujeres adolescentes, que mantienen vida sexual activa. El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual

acarrea toda una serie de problemas. Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60 % de estas gestiones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además, alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y si añadimos que entre el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno.<sup>1</sup>

Un estudio realizado en Bogotá en el 2011, muestra que la infección por Chlamydia Trachomatis está relacionada con Partos Pretérmino en un 4 %; ya que se encontraron muestras positivas para este microorganismo, en mujeres que presentaron ruptura prematura de membranas y Parto Pretérmino. En Matanzas, Cuba, en el año 2010, se realizó un análisis multivariado de factores de riesgo, en donde se concluyeron que ni la edad materna, estado civil, estado nutricional al inicio del embarazo, número de partos o existencia de abortos anteriores eran factores de riesgo. Pero el nivel cultural lo consideran como un gran factor de riesgo estrechamente ligado a la ocupación, actividad física durante el embarazo y el nivel socioeconómico.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Jesús Belisario. Causas de amenaza de parto pretérmino en pacientes de la consulta prenatal. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/causas-amenazo-parto-pretermino-pacientes-que-acuden-consulta-control-prenatal/causas-amenazo-parto-pretermino-pacientes-que-acuden-consulta-control-prenatal.shtml>.

<sup>2</sup> Hellen Gabriela MM. Luis Adrián R M. Everts Daniel SP. Jordan Ernesto RD. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega. Mon.com. [Internet]. 2001-2002[marzo]. Disponible

Las infecciones vaginales se caracterizan por síntomas como flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, dispareunia y mal olor vaginal, por invasión de patógenos como resultado de un desbalance en el ecosistema vaginal. Son responsables del 31% al 47,9% de los partos Pretérmino.<sup>3</sup>

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación y consejería adecuada en los y las jóvenes adolescentes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre su condición física, emocional y económica que, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida; conlleva entre otros a una problemática de índole médico en la que resulta bastante frecuente la coexistencia de enfermedades maternas y fetales.

La visualización de esta problemática en el quehacer diario de nuestras unidades de salud y de cuidado obstétrico, permite entonces en este estudio contribuir al análisis del problema del embarazo en la Adolescencia y establecer los factores de riesgo o de causalidad tanto de la Amenaza de Parto Pretérmino, del Parto Pretérmino y de la Prematurez.

---

en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml#antecedena#ixzz2W29wecFf>.

3 Maria Elisa PN. Estudio descriptivo, Retrospectivo, Transversal. Determinantes de Riesgo Obstetrico y Perinatal que aumentan la incidencia de Parto Pretérmino, una visión Epidemiológica en el Embarazo de Mujeres Adolescentes. (Tesis Doctoral). Riobamba: Hospital Provincial General Docente de Riobamba. 2008.

**IV.**

# **MARCO TEÓRICO**



# **AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES**

## **LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madre y mantener una relación de pareja estable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años, e incluye la adolescencia inicial o temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años).

**1.- Adolescencia Temprana (10 a 13 años).** Biológicamente, es el periodo prepuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. 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.

**2.-Adolescencia media (14 a 16 años).** Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus semejantes,

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 su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

**3.- Adolescencia Tardía (17 a 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 semejantes va perdiendo jerarquía: desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

La adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que puedan llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de Transmisión sexual, incluyendo VIH, por el alto riesgo de promiscuidad. La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando es menor de 16 años. En Colombia, el 15 % de las muertes maternas se produce en el grupo de 14 a 19 años.

Las adolescentes más propensas a quedar embarazadas son aquellas con estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables. Sus principales complicaciones de gestación son: Trabajo de parto Pretérmino, enfermedad hipertensiva, anemia, diabetes gestacional, hemorragia anteparto.

La experiencia del embarazo en la adolescencia produce sentimientos confusos, algunos positivos y otros negativos. Aunque las complicaciones médicas del embarazo y el parto en adolescentes pueden minimizarse con buen manejo y seguimiento, las implicaciones sociales y psicológicas continúan siendo muy importantes. Las principales consecuencias son: aborto inducido, pérdida del control prenatal, ruptura personal y familiar, adopción y abandono.

Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbi-mortalidad neonatal aumentada: además tienen un riesgo mayor de morir en el primer año de vida. Las razones principales de esas muertes son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico. Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo estrato socioeconómico y en aquellas con inadecuado control prenatal. La demora para iniciar el control prenatal, el número de controles prenatales, el menor nivel de escolaridad y la mayor tasa de partos pretérminos son las principales causas para que se establezca un parto Pretérmino.

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública. El período de gestación normal para los humanos es de aproximadamente 40 semanas. Algunos bebés nacen antes de éstas, cualquier parto que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto, o antes de las 37 semanas, se define como parto prematuro. Según la Organización Mundial de la Salud el Parto prematuro se define como, "parto de un nacido vivo o muerto que tiene lugar después de la semana 20 y antes de las 32 semanas completas de edad gestacional". A nivel mundial la incidencia de niños prematuros varía de 5 a

10%, con cifras aún mayores, en grupos como adolescentes con 21,3%. El riesgo relativo de prematuridad entre adolescentes, comparadas con mujeres adultas es de 1,4 a 2,0 veces mayor.

La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido es por eso que el parto prematuro es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. El parto prematuro y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos prematuros; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales.

Por otro lado la amenaza de parto prematuro se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36 semanas de gestación, que se caracteriza por la frecuencia de 1 contracción cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto prematuro. En la mayoría de casos en los que la paciente

ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto prematuro, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20 - 30%).

Además se debe tener en cuenta que el establecimiento del vínculo madre-hijo es difícil si la madre es muy joven o el embarazo es no deseado; la internación del recién nacido en el servicio de cuidados intensivos dificulta aún más el establecimiento de este vínculo.

Las madres adolescentes amamantan menos frecuentemente y por periodos más cortos, sino se cuentan con el apoyo de un equipo de salud. Con el afán de mejorar los resultados del embarazo en adolescentes, se debe hacer un control prenatal temprano y frecuente, adicionar el soporte psicosocial y social al cuidado médico y mejorar las condiciones socioeconómicas. Técnicamente el cuidado de las adolescentes durante el parto no difiere de los cuidados de los cuidados para la mujer mayor; la mayoría de las adolescentes no tiene un riesgo incrementado durante el parto, aunque necesitan más soporte emocional y empatía, el cual debe ajustarse a sus necesidades específicas.

## **EMBARAZO Y ADOLESCENCIA**

El embarazo en la adolescencia se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido

desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”<sup>4</sup>.

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 parto prematuro.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clase sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencia adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

---

<sup>4</sup> Maria Elisa PN. Estudio descriptivo, Retrospectivo, Transversal. Determinantes de Riesgo Obstétrico y Perinatal que aumentan la incidencia de Parto Pretérmino, una visión Epidemiológica en el Embarazo de Mujeres Adolescentes. (Tesis Doctoral). Riobamba: Hospital Provincial General Docente de Riobamba. 2008.

## **PARTO PRETÉRMINO**

Se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se presenta después de la semana vigésima octava y antes de la semana 37 de gestación. Estableciéndose así una clasificación gestacional por semanas, pero la madurez o prematurez depende de circunstancias individuales de cada embarazo y no necesariamente de la edad gestacional, así la real madurez solo es posible establecer después del nacimiento. Por otra parte cabe anotar que la resolución obstétrica puede lograrse mediante un parto o a través de una cesárea de manera que el calificativo debe ser el de nacimiento Pretérmino y no de parto Pretérmino.

La amenaza de parto prematuro puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, se desconoce la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica.

En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo por ejemplo: pielonefritis y apendicitis. Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente, desencadenante del cuadro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de amenaza de parto prematuro, la identificación de ésta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos.

Algunos factores de riesgo son bien conocidos: antecedentes de parto prematuro o aborto tardío, embarazo múltiple, bajo peso antes del embarazo, aumento insuficiente del peso corporal durante el embarazo, edad menor de 20 ó mayor de 35 años, ocupación que requiere esfuerzo físico intenso o estar de pie durante largos períodos y nivel socioeconómico bajo.

La historia de parto prematuro aumenta el riesgo de un segundo parto Pretérmino, dentro de la misma semana del primero en un 49% y dentro de la segunda semana en un 70%. El riesgo de parto prematuro se va incrementando cada vez más.

## **FACTORES DE RIESGO**

**DEFINICIÓN.-** Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.

Dentro de los factores de riesgo para amenaza de parto prematuro están:

### **EDAD**

Se ha observado que la edad materna tiene una asociación estadísticamente significativa con el parto Pretérmino. Las gestantes con edad inferior a los 20



años y especialmente adolescentes, tienen mayor riesgo de presentar parto Pretérmino. Se cree que la edad en las gestantes adolescentes no es un factor independiente, sino que se asocia a otras características, como nivel social, estilo de vida.

Según un estudio realizado en el hospital “ Dr. Adolfo Prince Lara” Puerto Cabello. La edad de mayor prevalencia en presentar amenaza de parto Pretérmino en las pacientes atendidas fue entre 17- 19 años con un 57.4%<sup>5</sup>.

## **BAJA ESTATURA**

Una estatura inferior a 155 cm, se ha relacionado también con un aumento de la tasa de prematuridad, aunque algunos autores opinan que este factor está relacionado con el bajo peso al nacimiento que con la prematuridad misma.

Se ha observado así mismo que la baja estatura ajustada con otros factores demográficos, en especial con el peso, perdía su significación como factor de riesgo de parto Pretérmino.

---

<sup>5</sup> Hellen Gabriela MM. Luis Adrián R M. Everts Daniel SP. Jordan Ernesto RD. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega. Mon.com. [Internet]. 2001-2002[marzo]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml#antecedena#ixzz2W29wecFf>.

## **DESNUTRICIÓN**

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto.

### **BAJO PESO MATERNO**

Este factor ha demostrado una estrecha asociación con el parto Pretérmino, sobre todo cuando el peso es inferior a 55 kg en la semana 20 de gestación.

El estado nutricional de la adolescente embarazada influye en el resultado final de su embarazo. Es en especial cierto cuando al peso de su lactante al nacer, un factor que tiene estrecha relación con la mortalidad del mismo.

Por lo tanto, un estado adecuado de nutrición, antes, durante y después del embarazo, contribuye al bienestar tanto de la madre como de su recién nacido.

Se ha visto que las mujeres con peso bajo o que aumentan muy poco durante el embarazo tienen claramente más posibilidades de tener hijos de bajo peso al nacer, partos Pretérmino o lactantes con Apgar bajos. Hay estudios que relacionan el peso previo al embarazo con el tamaño de la placenta, por lo que está recomendado en estas mujeres de peso bajo que lo incrementen antes del comienzo de la gestación.

La National Academy of Sciences de Estados Unidos recomienda un aumento de peso de 12,5 a 17,5 kg en mujeres de peso normal, 14 a 20 kg en mujeres con peso previo bajo, y de 7.5 a 12 kg en mujeres con sobrepeso anterior, si bien, la mayoría de los autores no recomiendan un incremento ponderal superior kg para las mujeres con peso previo normal.

Aunque las mujeres obesas corren mayor riesgo de sufrir ciertas complicaciones médicas, no es aconsejable que inicien su dieta durante el embarazo, ya que podrían reducir no solo calorías, sino nutrientes importantes para el desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre, el aumento esperado es de aproximadamente, 1,4 a 1,8 kg y después de 450 gr a la semana. El aumento en los tres primeros meses se debe casi en su totalidad al crecimiento de los tejidos maternos; en el segundo trimestre, este incremento ponderal también es debido (a parte del crecimiento tisular de la madre) al tejido fetal, mientras que en el último

trimestre, se debe al crecimiento del feto. Desde el tercer mes hasta el término el peso fetal aumenta cerca de 500 veces. Podemos guiarnos mediante mediciones del IMC, para las embarazadas, con diferentes escalas.

### **INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

Fórmula matemática que relaciona peso y talla, útil para evaluar el estado nutricional de la gestante.

- Bajo peso materno: gestante con IMC < 19.8
- Normo peso materno: gestante con IMC 19.8 a 26.0
- Sobrepeso materno: gestante con IMC 26.1 a 29.0
- Obesidad Materna: gestante con IMC > 29.0

### **GANANCIA DE PESO**

Valor de peso de la embarazada que se debe incrementar con el curso de la gestación.

- Adecuada cuando: la gestante de:
  - Bajo peso gana de: 12.5 – 18.0 kg.
  - La normo peso gana de: 11.5 – 16.0 kg.
  - La sobre peso gana de: 7.0 – 11.5 kg
  - La obesa gana 6.0 kg
- Insuficiente cuando: la gestante de:

- Bajo peso gana de: 12.5 kg
  - La normo peso gana de: 11.5 kg.
  - La sobre peso gana de: 7.0 kg
  - La obesa gana 6.0 kg
- Exagerada cuando:
    - Bajo peso gana de: 18.0 kg
    - La normo peso gana de: 16.0 kg.
    - La sobre peso gana de: 11.5 kg
    - La obesa gana 6.0 kg

La importancia que la adolescente embarazada consuma una alimentación balanceada para mantener un buen estado nutricional, se debe a que no han terminado aún su crecimiento y desarrollo de los cambios biológicos, y existe una competencia entre el crecimiento de la madre y el niño. Las menores de 17 años necesitan aumentar 16 kg; en las adolescentes embarazadas es frecuente el déficit de hierro, calcio, vitamina C, tiamina, riboflavina y proteínas.

Las adolescentes embarazadas presentan un gran riesgo para la madre y el niño debido a las dificultades nutricionales, problemas emocionales, relaciones sociales; se presenta más en las familias de bajos recursos económicos.

La composición del calostro y de la leche materna también está relacionada con la edad y los factores socioeconómicos.

## **HISTORIA REPRODUCTIVA**

**Paridad.-** El número de gestaciones previas es un factor de riesgo para presentar parto Pretérmino. Las gestantes nulíparas tienen mayor riesgo, pero las gestantes con un número de partos igual o superior a tres también tienen aumentado el riesgo de prematuridad.

Según un estudio realizado se pudo identificar en base a la gravidez de pacientes, que el 72.9 % de las adolescentes eran primigestas y un 25 % de ellas tenían embarazos repetidos, habiendo que sea un factor de riesgo para el apareamiento de Amenaza de Parto Pretérmino en estas pacientes.

**Abortos previos.-** la historia previa de abortos se ha asociado a una mayor tasa de partos Pretérmino.

**Partos Pretérmino.-** muchos autores han observado que la historia previa en una gestante de partos Pretérmino es un factor de riesgo importante para que se produzca nuevamente este hecho.

## ENFERMEDADES MATERNAS Y FETALES

Algunas enfermedades maternas y fetales pueden predisponer un parto prematuro. Las principales causas son:

- ❖ La Preeclampsia
- ❖ La Eclampsia
- ❖ Retraso del crecimiento intraútero y sufrimiento fetal.
- ❖ Diabetes
- ❖ Cardiopatías
- ❖ Infección por VIH.

**Gestación múltiple y Prematuridad.-** En la última década, el número de gestantes múltiples se ha visto incrementado en los países desarrollados. Así, mientras la prematuridad entre las gestaciones únicas se ha incrementado en un 61.0 %, las gestaciones gemelares han experimentado un incremento del 168.4 %, siendo para las gestaciones múltiples de orden superior, de un 615.8%.

## LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE EL EMBARAZO

Se ha correlacionado a la amenaza de parto prematuro con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación, pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación con

infecciones genitourinarias, que a su vez se relacionan con la ruptura prematura de membranas como su causa principal.

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.

## **VAGINOSIS BACTERIANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO PREMATURO**

La vaginosis bacteriana, considerada anteriormente como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro, la salpingitis aguda, y las complicaciones neonatales y perinatales. La amenaza de parto prematuro constituye un importante motivo de consulta en la



emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa muchas veces a la infección urinaria, olvidándose en la mayoría de los casos la infección del tracto vaginal.

La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto prematuro (APP) de un 5-10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM) y en amnionitis con membranas intactas.

La presencia de vaginosis bacteriana, es un factor de riesgo. Se caracteriza por la alteración de la flora vaginal normal, con disminución de los lactobacilos e incremento de bacterias gramnegativas y anaerobias (*Gardnerella vaginalis*, bacteroides, *Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*) y micoplasmas genitales. Los microorganismos involucrados en la vaginosis bacteriana producen fosfolipasa A2, iniciándose la síntesis de prostaglandinas a partir del catabolismo del ácido araquidónico (componente fosfolipídico de las membranas amnióticas), trayendo como consecuencia el parto pretérmino. Los lactobacilos, componentes importantes de la flora normal vaginal, protegen a que se incremente el riesgo.

La producción de enzimas virulentas, como mucinasa y sialidasa por estos microorganismos cervicovaginales, juegan rol importante en la perturbación de los mecanismos de defensa cervical e intrauterino, permitiendo el ascenso de estos microorganismos a la cavidad uterina y se favorece de esta manera la

corioamnionitis y endometritis. La presencia de vaginosis bacteriana en embarazos menores de 16 semanas es un fuerte factor de riesgo para aborto espontáneo y parto pretérmino. El riesgo relativo de parto pretérmino es de 5 a 7,5 en mujeres con vaginosis bacteriana antes de las 16 semanas y de 1,4 a 1,9 a las 26 semanas (31). Se ha observado que la vaginosis bacteriana acorta el período de latencia y disminuye la tasa de éxito de los tocolíticos.

## **INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU) Y APP**

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales en la vía urinaria que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática; debido a que se facilita la bacteriuria y el ascenso de microorganismos al riñón.

La infección de vías urinarias, constituye una de las causas y la más predominante en el alto índice de amenazas de parto prematuro y con esto todas las complicaciones inmersas en ella, tanto para la madre y recién nacido. Por lo que una atención oportuna en los establecimientos de primer nivel es necesaria.

Se dice que si hay  $10^5$  microorganismos/ml, se dice que hay bacteriuria “importante”, sucede así en 6 % de las mujeres durante el embarazo, de las cuales cabe esperar que una tercera parte desarrollen pielonefritis clínica si no

se erradica la bacteriuria. La pielonefritis clínica es más grave que la cistitis, puesto que puede causar una lesión renal permanente y cuando es grave tiende a precipitar el trabajo de parto prematuro.

Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. El 25% de las pacientes que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada.

## **CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL TRACTO URINARIO DE MUJERES EMBARAZADAS**

1. Dilatación de los uréteres y pelvis renales.
2. Disminución de la peristalsis ureteral.
3. Aumento del volumen urinario en los uréteres (de 2-4 ml a más de 50 ml). Este fenómeno produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde vejiga hasta el riñón.
4. Disminución del tono vesical, lo que se asocia a aumento del volumen urinario en la vejiga, aumento de la capacidad vesical y disminución de

su vaciamiento. El volumen urinario residual aumenta de 5-5 ml en el estado de no embarazo, a 20-60 ml durante la gestación.

5. Hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter.
6. El pH urinario está elevado durante el embarazo, especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato. El pH elevado favorece la multiplicación.

## **ETIOLOGIA**

La flora normal de la uretra distal está formada por estafilococos coagulasa negativo (con excepción de *Staphylococcus saprophyticus*), difteroides (*Corynebacterium* sp, estreptococos no hemolíticos, *Lactobacillus*, *Mycobacterium* y microorganismos anaerobios. En ocasiones, de forma transitoria, puede encontrarse *Escherichia Coli* u otros bacilos gramnegativos.

La orina es un excelente medio de crecimiento para muchos microorganismos. Sin embargo, la mayoría de las ITU están producidas por un grupo limitado de patógenos y el 95 % de las infecciones están producidas por una sola especie bacteriana. Es la *Escherichia Col* respnsable del 75-90 % de los episodios, seguido de *Proteus*) y *Klebsiella* spp. En cuanto a los Gram poditivos el más relevante es *Staphylococcus agalactiae*, tanto *Staphylococcus saprophyticus* como *Enterococos* sp poseen escasa incidencia, aunque no es raro encontrar *Enterococcus* en cultivos mixtos junto con *E. Coli*. Otros microorganismos como *Gardenella Vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* poseen dudoso valor como agentes etiológicos y junto con *Streptococcus agalactiae*,

con frecuencia traducen una colonización vaginal por los mismos, y es imprescindible establecer si estamos ante una bacteriuria asintomática significativa o no significativa (contaminación).

## **FACTORES DE VIRULENCIA**

No todas las cepas de E. Coli tienen la misma capacidad de producir inflamación del tracto urinario y eso depende de los factores de virulencia que poseen. Entre los principales mecanismos de virulencia destaca la capacidad para adherirse a las células del uroepitelio, que es el pre-requisito para la colonización, persistencia e infección de la vejiga. En este proceso están involucrados tanto estructuras de la pared bacteriana denominadas fimbrias o pili, como también receptores en las células epiteliales. La mayoría de las enterobacterias tiene fimbrias tipo I que se unen a la membrana de las células epiteliales, con un tipo de unión que puede inhibirse competitivamente por alfa metilmanósidos, por lo que se les designa como membranas sensibles. Hay otras cepas que tienen fimbrias tipo P, que son manosa resistentes y que tienen la capacidad de producir infecciones urinarias altas.

Secundariamente, una vez adheridas al uroepitelio, algunas cepas son capaces de producir hemolisinas y endotoxinas que aumentan la invasión tisular y el daño celular.

Otro mecanismo de virulencia que poseen algunas cepas uropatógenas, es la presencia de antígenos capsulares como el Ag K, que protege a las bacterias de la fagocitosis por los leucocitos.

Estos factores de virulencia son fundamentales en el desarrollo de ITU en mujeres sin alteraciones estructurales ni funcionales de las vías urinarias.

Las infecciones vaginales se caracterizan por síntomas como flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, dispareunia y mal olor vaginal, por invasión de patógenos como resultado de un desbalance en el ecosistema vaginal. Son responsables del 31% al 47,9% de los partos Pretérmino.

La infección urinaria es la presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario. Se diagnostica mediante urocultivo con una cuenta  $\geq 10^5$  unidades formadoras de colonias (UFC) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo. El 30,2% a 52,8% de los partos pretérmino son debido a infecciones urinarias.

## **NIVEL SOCIO – ECONÓMICO BAJO O POBREZA Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia.

### **ESTILOS DE VIDA**

Algunos aspectos de la propia conducta de las gestantes han sido también objeto de estudio en relación a la prematuridad.

### **TABAQUISMO**

El consumo de sustancias tóxicas durante la gestación, es uno de los aspectos más relacionados a la prematuridad. El tóxico de consumo más extendido es el tabaco, que multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros, tal como se ha mostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que se observa una gran prevalencia de mujeres fumadoras.

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el monóxido de carbono, causa; la formación de carboxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro.

## **ALCOHOLISMO**

El consumo de alcohol (CA) es una de las conductas de riesgo más común entre las adolescentes. Representa un riesgo por sí mismo y por los problemas asociados que plantea. Algunos de ellos son los accidentes de tráfico, el sexo sin protección, la violencia. La edad de inicio del CA en España se sitúa alrededor de los 13 años, según el estudio del Observatorio Español para la lucha contra las drogas.

El alcoholismo durante el embarazo es muy peligroso; puesto que, el alcohol pasa libremente por la barrera placentaria, lo que causa efectos tóxicos para el feto, dando lugar al síndrome de alcoholismo fetal. En el desarrollo de este síndrome influyen la magnitud del consumo, la frecuencia, el momento del embarazo, el estado nutricional, la situación social de la madre y posibles consumos de otras sustancias.



Las mujeres embarazadas que consumen alcohol corren el riesgo de que éste genere un desarrollo anormal y malformaciones congénitas en el bebé que esperan. Estos efectos teratogénicos del alcohol fueron descritos por primera vez en Francia en 1967 por Lemoine y sus colaboradores al analizar hijos nacidos de madres alcohólicas crónicas (Picherot, 2008). Más tarde, en 1973, Jones y Smith reportaron características similares en niños expuestos al alcohol en su vida prenatal y acuñaron el término síndrome alcohólico fetal (SAF), el cual es reconocido actualmente como una entidad clínica. Estos investigadores hicieron énfasis en los problemas de crecimiento y en las anomalías faciales observadas en estos niños; al paso de los años se han agregado otras características para la definición de este síndrome. El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos establece como criterios para realizar el diagnóstico de este síndrome la presencia de historia de exposición alcohólica prenatal acompañada de evidencia de alteraciones faciales características, de retardo en el crecimiento y de alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central.

La incidencia del SAF de casos considerados como efectos alcohólicos fetales, se ha estimado en 9.1/1000 nacimientos en Estados Unidos.

## **DROGADICCIÓN**

El uso de drogas durante el embarazo tiene riesgos de complicación por efecto tóxico directo y efecto teratogénico, parto prematuro, signos de privación y toxicidad en el RN. El RN tiene riesgo de toxicidad por la droga en el embarazo y durante la lactancia.

Se desconoce la totalidad de los efectos del uso prenatal de la droga en los hijos, pero hay muchos estudios científicos que reportan que los bebés cuyas madres abusaron de las drogas durante el embarazo a menudo nacen antes de tiempo y con menor peso, estatura y perímetro cefálico.

Es difícil estimar el alcance total de las consecuencias del uso de la droga en las embarazadas y, por varias razones, es muy problemático determinar el peligro específico de una droga en particular sobre el feto.

Hay muchos factores, como la cantidad y el número total de drogas que consume la madre, la exposición a la violencia, las condiciones socioeconómicas, el estado de nutrición materna, la exposición de la madre a enfermedades de transmisión sexual y otros problemas de salud, que pueden contribuir a la dificultad para determinar el impacto directo, tanto materno como fetal, del uso de la cocaína durante la gestación.

El abuso de drogas por la embarazada comparte las alteraciones en su salud, que unido de forma casi habitual a una problemática psicosocial importante y a una escasa y nula prenatal, pueden acarrear graves problemas al feto o al RN; entre ellos el Síndrome de abstinencia, originado cuando la gestante deja de recibir la droga o bien en el momento del parto, cuando cesa el suministro materno de la sustancia al neonato.

## **ANORMALIDADES CONGÉNITAS UTERINAS**

Los úteros dobles, bicorne, unicorne, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial. Los miomas uterinos provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales, y déficit del flujo sanguíneo uterino, que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro. Por último la incompetencia ístmico-cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede producir amenaza de parto prematuro.

## **COMPLICACIONES**

El embarazo en adolescentes se asocia con mayores tasas de morbilidad, tanto para la madre como para el niño.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:

- Anomalías placentarias, anomalías morfológicas como placenta marginata, placenta circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical, se asocian frecuentemente a trabajo de parto Pretérmino, placenta previa.

## **1. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO**

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 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 tercer mundo puede alcanzar un 18.2 % de preeclampsia y un 5.5 de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

## **2. ANEMIA**

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica. En un estudio sobre 340 embarazadas se encontró: que el 13.5 % de anemias en las controladas y 68 % en las no controladas.

## **3. CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO**

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por una 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.

#### **4. PRESENTACIONES FETALES DISTÓCICAS**

Las presentaciones de nalgas afecta del 1.9 al 10 % de las adolescentes.

#### **5. DESPROPORCIÓN CEFALO- PÉLVICAS**

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

- Tipo de Parto: en algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea.
- Alumbramiento: se comunica una frecuencia del 5.5 % de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4.8 % en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

## **RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE**

- a) PESO: No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos Pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 4 % de recién nacidos con menos de 2500 gramos.
  
- b) INTERNACIÓN EN NEONATOLOGÍA: Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edades de las adolescentes, se puede presentar defectos del tubo neural y los errores innatos del metabolismo como la hiperalaninemia, son algunos de los defectos congénitos que se asocian a trabajo de parto Pretérmino.
  
- c) MALFORMACIONES: Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos del cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes y con un número importante de retrasos mentales de por vida.
  
- d) MORTALIDAD PERINATAL: Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39.4% hasta los 16 años y 30.7% entre las mayores de 19 años).

## PRONÓSTICO

A. **MATERNO.**- Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos.

El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan los estudios durante el embarazo y el 50 % no la retornan más y si lo hacen, no completan su formación. Solo un 2% continúan estudios universitarios.

B. **FETAL.**- Entre un 5 y 9 % de los hijos de adolescentes son abandonados al nacer.

# **V. MATERIALES Y MÉTODOS**



# MATERIALES Y RECURSOS

Los recursos Materiales y Humanos indispensables para el desarrollo del presenta Tema de Tesis:

## ➔ RECURSOS HUMANOS

- ▣ Director de investigación Dr. Ernesto Ortiz
- ▣ Autora: Sonia Karina Castro Delgado
- ▣ Adolescentes en edades comprendidas entre 10 a 19 años, con Amenaza de Parto Pretérmino que acudieron al HRIAL.

## ➔ RECURSOS MATERIALES

### ▣ Equipos:

- Computador
- Internet
- Impresora

### ▣ Materiales:

- Libros
- Hojas
- Cuaderno de apuntes
- Memory flash

# METODOLOGÍA

## TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es un estudio de tipo descriptivo y transversal.

- a) **Descriptivo:** El presente proyecto fue de tipo descriptivo porque dentro de nuestros objetivos estuvo determinar los factores socioeconómicos y culturales de las adolescentes con APP en el Hospital Regional Isidro Ayora.
- b) **Transversal:** Porque se estuvo realizando corte en el tiempo, analizando una serie de variables simultáneamente en determinado tiempo. Ya que la presente tesis se realizó en el junio a octubre 2013.

## LUGAR:

Hospital Isidro Ayora de Loja ubicado en las calles Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se acude directamente a las usuarias Adolescentes con Amenaza de Parto Pretérmino y se las entrevista.

La ventaja del cuestionario es que ayuda a obtener una mayor información de las personas encuestadas, con libertad de expresión, contestación al mismo tiempo y anonimato.

Así también cualitativo porque se investigó los factores que predisponen para que las adolescentes presenten Amenaza de Parto Pretérmino; y cuantitativo por que se realizó a un determinado grupo de estudio.

## **UNIVERSO**

Usuaris que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja en estado de gestación.

## **MUESTRA**

La muestra en estudio fueron Adolescentes en edades de 10 y 19 años, con cuadro de Amenaza de Parto Pretérmino que acudieron al Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO**

En este trabajo investigativo se utilizó de técnica la entrevista y hoja de encuesta, que se aplicó a las usuarias Adolescentes que acudieron con Amenaza de Parto Pretérmino al Hospital Regional Isidro Ayora de Loja.

Se elaboró un cuestionario a base de preguntas cerradas y abiertas para facilitar la contestación del mismo.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **INCLUSIÓN:**

- Gestantes en edades de 10 a 19 años de edad
- Edad gestacional de 28 a 36.6 Semanas por FUM.

### **EXCLUSIÓN:**

- Gestantes mayores de 20 años de edad.
- Usuarias con edad gestacional menor a 28 semanas y mayor a 37 semanas.

### **ANALISIS ESTADISTICO:**

Los resultados se presentan en tablas de frecuencia y gráficas.

.

# **VI. RESULTADOS**

**TABLA # 01**

**FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS, DEMOGRÁFICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA PARTO PRETÉRMINO.**

<b>DATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	
<b>SOCIAL</b>			
<b>EDAD</b>	10-13 AÑOS	3	6,8
	14-16 AÑOS	18	40,9
	17-19	23	52,3
	TOTAL	44	100
<b>INSTRUCCIÓN</b>	ANALFABETA	0	0
	PRIMARIA	12	27,3
	SECUNDARIA	29	65,9
	SUPERIOR	3	6,8
	TOTAL	44	100
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERA	32	72,7
	UNIÓN LIBRE	10	22,7
	CASADA	2	4,6
	TOTAL	44	100
<b>CULTURAL</b>			
<b>RELIGIÓN</b>	CATÓLICA	41	93,2
	EVANGÉLICA	2	4,5
	TEST. JEHOVA	1	2,3
	TOTAL	44	100
<b>OCUPACIÓN</b>	NINGUNA	1	2,3
	AMA DE CASA	9	20,5
	ESTUDIANTE	34	77,2
	TOTAL	44	100
<b>DEMOGRÁFICO</b>			
<b>PROCEDENCIA</b>	URBANA	35	79,5
	RURAL	9	20,5
	TOTAL	44	100
<b>CASA</b>	PROPIA	21	47,7
	ARRENDADA	18	40,9
	PRESTADA	5	11,4
	TOTAL	44	100
<b>VIVE CON</b>	FAMILIA NUCLEAR	25	56,8
	SOLA	3	6,8
	CONVIVIENTE	12	27,3
	OTROS	4	9,1
	TOTAL	44	100

<b>ECONÓMICOS</b>			
<b>INGRESOS ECONOMICOS</b>	< 100 \$	20	45,5
	101-200 \$	15	34
	>200 \$	9	20,5
	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a Adolescentes con APP que acuden al HRIAL, durante los meses de Agosto y Septiembre del 2013.

**Elaboración:** Sonia Karina Castro Delgado.

### **INTERPRETACIÓN:**

Se pudo determinar en cuanto a lo Social: que la edad que se presentó mayormente APP es entre 17-19 años (52 %), de 14-16 años (41 %) y de 10-13 años (7 %). Instrucción: Secundaria (66 %), Primaria (27 %) y Superior (7 %). Estado Civil: Soltera (73 %), Unión Libre (23 %) y Casada (5 %). En cuanto lo Cultural: Ocupación: Estudiante (77 %), Ama de Casa (21 %) y Ninguna Ocupación (2 %). Religión: Católica (93 %), Evangélica (5 %) y Testigos de Jehová (2%). En cuanto a lo Demográfico: Procedencia Urbana (79,5 %) y Rural (20,5 %). Tipo de Vivienda: Propia (48 %), Arrendada (41 %) y Prestada (11 %). La mayoría vive: Familia Nuclear (57 %), Con Conviviente (27 %), Sola (7 %) y con otros familiares (9 %). En cuanto a lo Económico: Ingresos Económicos: <100 dólares (45,5 %), de 101-200 dólares (34 %), y > 200 dólares (20,5 %).

**TABLA # 02**  
**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS Y AMENAZA DE PARTO**  
**PRETÉRMINO.**

<b>DATOS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MENARQUIA</b>	12 ÑOS	15	34,1
	13 AÑOS	25	56,8
	14 AÑOS O MÁS	4	9,1
	TOTAL	44	100
<b>GESTAS</b>	PRIMIGESTA	39	88,6
	MULTIGESTA	5	11,4
	TOTAL	44	100
<b>PARTOS</b>	NULIPARA	42	95,5
	PRIMIPARA	2	4,5
	TOTAL	44	100,0
<b>CESAREAS</b>	SI	1	2,3
	NO	43	97,7
	TOTAL	44	100
<b>ABORTO</b>	SI	2	4,5
	NO	42	95,5
	TOTAL	44	100
<b>IVSA</b>	< 15 AÑOS	30	68,2
	> 15 AÑOS	14	31,8
	TOTAL	44	100,0
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>	SI	4	9,1
	NO	40	90,9
	TOTAL	44	100,0
<b>PAREJAS SEXUALES</b>	UNA	33	75
	DOS	9	20,5
	> TRES	2	4,5
	TOTAL	44	100

**Fuente:** Entrevista aplicada a Adolescentes con APP que acuden al HRIAL, durante los meses de Agosto y Septiembre del 2013.

**Elaboración:** Sonia Karina Castro Delgado.



## **INTERPRETACIÓN:**

En cuanto a Antecedentes Gineco-obstétricos: De las 44 gestantes, 25 (57 %) presentaron su Menarquia a los 13 años, 15 (34 %) a los 12 años y 4 (9 %) pasados los 14 años. 39 de ellas son primigestas (89 %) y 5 (11 %) multigestas; de las cuales 2 son primíparas, 2 han presentado Abortos y a 1 le han realizado Cesárea. El IVSA para 30 (68 %) ha sido antes de los 15 años, mientras que para las 14 restantes (32 %) luego de los 15 años. Una minoría, 4 (9 %) señalaron que habían usado algún método anticonceptivo y 40 (91 %) no uso. 33 (75 %) indicó haber tenido una pareja sexual, 9 (20,5 %) han tenido dos y 2 (4,5 %) han tenido tres o más.

**TABLA # 03**  
**FACTORES OBSTÉTRICOS QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO**  
**PRETÉRMINO.**

<b>DATOS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>IVU</b>	SI	29	65,9
	NO	15	34,1
	TOTAL	44	100
<b>ITS</b>	SI	12	27,3
	NO	32	72,7
	TOTAL	44	100
<b>DIABETES GESTACIONAL</b>	SI	0	0
	NO	44	100
	TOTAL	44	100
<b>HIPERTENSIÓN GESTACIONAL</b>	SI	0	0
	NO	44	100
	TOTAL	44	100
<b>HABITOS TOXICOS</b>	SI	1	2,3
	NO	43	97,7
	TOTAL	44	100,0

**Fuente:** Entrevista aplicada a Adolescentes con APP que acuden al HRIAL, durante los meses de Agosto y Septiembre del 2013.

**Elaboración:** Sonia Karina Castro Delgado.

## **INTERPRETACIÓN:**

De las 44 gestantes: 29 (66 %) señalaron haber presentado IVU y 15 (34 %) que no. ITS: 12 (27 %) dijeron que si y 32 (73 %) que no. En cuanto a Diabetes e Hipertensión Gestacional no se reportaron casos. En Hábitos Tóxicos como: Alcohol, Drogas y Tabaco existió una adolescente que señaló que sí consumía, representando el 2 %, mientras que el 98 % restante no.

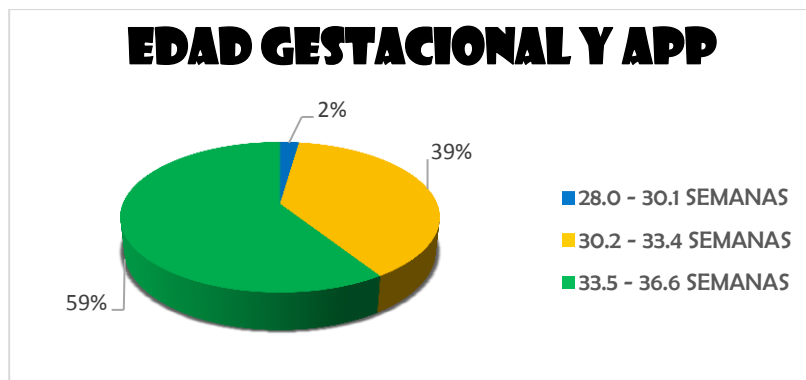
**TABLA # 04**  
**EDAD GESTACIONAL Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN**  
**ADOLESCENTES.**

<b>DATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
28.0 - 30.1 SEMANAS	1	2,3
30.2 - 33.4 SEMANAS	17	38,6
33.5 - 36.6 SEMANAS	26	59,1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a Adolescentes con APP que acuden al HRIAL, durante los meses de Agosto y Septiembre del 2013.

**Elaboración:** Sonia Karina Castro Delgado.

**GRÁFICO**



**INTERPRETACIÓN:**

En cuanto a lo que respecta a la Edad Gestacional, se pudo determinar que la mayoría, 26 pacientes se encontraba entre 33.5 a 36.6 semanas que corresponden al 59.1 %, 17 pacientes se encontraban entre 30.2 a 33.4 Semanas con un 38.6 % y finalmente 1 pacientes entre 28.0 a 30.1 Semanas con un 2,3 %.

**TABLA # 05**

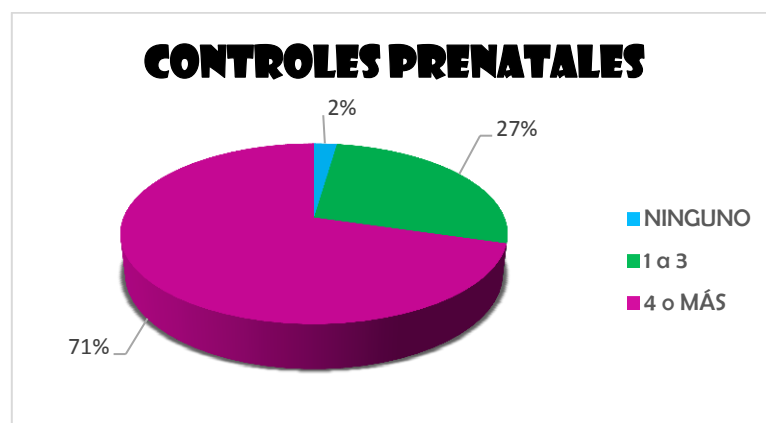
**CONTROLES PRENATALES Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES.**

<b>DATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NINGUNO	1	2,3
1 a 3	12	27,2
4 o MÁS	31	70,5
TOTAL	44	100

**Fuente:** Entrevista aplicada a Adolescentes con APP que acuden al HRIAL, durante los meses de Agosto y Septiembre del 2013.

**Elaboración:** Sonia Karina Castro Delgado.

**GRÁFICO**



**INTERPRETACIÓN:**

Del total de adolescentes entrevistadas se pudo evidenciar que la mayoría había asistido a realizarse Controles Prenatales representando 43 casos y tan solo un caso que no había asistido a ningún control representa el 2,3 %. De los 43 casos que si lo hicieron, la mayoría que son 31 casos y representan el 70,5 % acudieron más de 4 veces al Médico, le siguen 12 casos que representan el 27,2 % que acudieron de 1 a 3 veces.

# **VII. DISCUSIÓN**

La adolescencia constituye un factor de riesgo importante para el parto pretérmino. A la prematuridad contribuyen una serie de condicionantes presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas. Muchos autores encuentran la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino como una de las problemáticas del embarazo a edades tempranas. En este estudio solo se detectaron los factores de riesgo Socioeconómicos y Culturales para Amenaza de Parto Pretérmino, pero no se identificó, el porcentaje de las adolescentes en las que se evitó la prematuridad mediante acciones específicas de atención prenatal y que pueden haber contribuido al bajo porcentaje de partos antes de las 37 semanas, así como también el menor grado de Hospitalización Neonatal.

Respecto a las variables sociodemográficas: la edad en promedio de las adolescentes con amenaza de parto pretérmino es de 18,31 años en un Estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar en Santiago de Chile en el 2010<sup>6</sup>. En el presente estudio se ratifica, que la mayor concurrencia de adolescentes con amenaza de parto pretérmino es de 17 a 19 años. Además, predominó la escolaridad Secundaria; contrario a lo encontrado en la literatura, que reporta que el nivel cultural, valorado como grado de escolaridad bajo, ha sido relacionado como factor de riesgo, pues está estrechamente ligado a la ocupación, religión; así como al nivel socioeconómico y de acceso a los servicios médicos.

---

<sup>6</sup> Diana UV, María Guadalupe HJ, Martha Adriana RR, Enrique VR. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(5): 338 – 341. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262012000500003&script=sci\\_](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262012000500003&script=sci_)

En un estudio, realizado en la población adolescente atendida en el Hospital Mauricio Abdalah de Chinandega, Nicaragua por amenaza de parto pretérmino; se encontró entre los factores sociodemográficos estudiados, que 96.4% de las pacientes son ama de casa y 17.4% son solteras<sup>7</sup>, en cambio en el presente estudio se encontró que el 77.2% eran estudiantes y el 72.7% solteras.

Según la residencia de las pacientes, el mayor porcentaje provienen del área urbana en un 79.5% lo que facilita el acceso a una consulta donde se pudo identificar su condición; mientras que en el sector rural el 20.5%, acuden en menor cantidad, debido a la dificultad que representa acudir, por la distancia, la falta de recursos o porque en ciertos sectores aún se mantienen costumbres ancestrales. Estudios similares en nuestro país como el realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil en el año 2007, determinó que el 79% de gestantes adolescentes atendidas provienen de estratos sociales pobres y vulnerables, el 47% proceden de sectores urbano-marginales y el 32% de zonas rurales.

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos (menarca, gestas, partos, cesáreas y abortos), los resultados obtenidos muestran que ninguno de éstos son representativos para el tipo de parto en las adolescentes, Mientras que el Inicio de la Vida Sexual, el Número de Parejas Sexuales y el No Uso de Métodos Anticonceptivos, constituyen un Riesgo más para Contraer

---

<sup>7</sup> Sifrido VD, John E, Jessica BM, Daymí SM, Edith BM. Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones. Rev. Cubana Ginecol 2002; 28 (2); 84-8. Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial! "Ana Betancourt de Mora" Camaguey- Nicaragua.



Infecciones y aumentar el Riesgo de Embarazos no deseados, acorde a lo reportado en la literatura, puesto que el simple hecho de encontrarse dentro de este rango de edad representa la inclusión al más importante riesgo para el parto pretérmino. En un estudio realizado en Barquisimeto, Venezuela en el hospital Universitario "Dr. Antonio María Pineda" en el periodo de marzo 2005 a marzo 2006 se encontró que el 46% eran primigestas<sup>8</sup>; mientras que en este estudio el 88.6% lo son.

La literatura expone que los Controles prenatales sirven como método preventivo ya que disminuyen el riesgo de parto prétermino. Esta apreciación se observa en estudios realizados en la Universidad de Alabama en EEUU, y en México donde se observó que las mujeres que trabajaban más de 50 horas semanales no asistían regularmente a los controles prenatales. En este trabajo se aprecia que las mujeres que asistían más de 4 controles presentaron una incidencia menor de parto prétermino. En un estudio realizado en Riobamba acerca de las Complicaciones en Madres Adolescentes Primigestas con Infección de Vías Urinarias, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2010, se observa que el 83% de pacientes atendidas tuvieron un deficiente control prenatal, entre un mínimo insuficiente (57%) y en aquellas que no tuvieron ningún control (26%)<sup>9</sup>. En este estudio se evidencia que la mayoría de las adolescentes acuden a Controles Prenatales, > 4 en un 70,5 % y de 1 a 3 CPN en un 27,2 % y Ningún Control 2,3 %; En un estudio realizado en el hospital

---

<sup>8</sup> Hlein J. Actualización sobre Ginecología en la Adolescencia. C Ped North. 1999; 1: 26.

<sup>9</sup> Cruz Torres, Luis Francisco .Complicaciones en Madres Adolescentes Primigestas con Infección de Vías Urinarias. Hospital José María Velasco Ibarra. Tena 2010. 11-jun-2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/1912>

Mauricio Abdalah<sup>10</sup>, en la Sala de alto riesgo obstétrico (ARO) reporta que en un 33.4 % existieron CPN inadecuados. Lo que demuestra que existe una gran incorporación al sector salud por parte de las adolescentes.

Las infecciones vaginales se encuentran presentes en el 27,7 % de las adolescentes con parto prétermo, similar a varios estudios realizados, los cuales reportan que son responsables del 29.6 a 47, 4 % de los partos prétermo. El antecedente de infección vaginal incrementa 2,46 veces el riesgo de presentar parto prétermo, puesto que la exposición a patógenos vaginales durante el embarazo desencadena un proceso inflamatorio que a su vez provoca el trabajo de parto o la rotura prematura de las membranas<sup>11</sup>.

Las infecciones en vías urinarias, presentan un comportamiento similar a las infecciones vaginales, con una incidencia del 66 % en las adolescentes con parto pretérmino. Lo cual también se relaciona con lo reportado en la literatura, que informa que hasta el 52,8% de los partos pretérmino son debido a infecciones de vías urinarias. Así mismo, la infección urinaria incrementa el riesgo de parto pretérmino 2,32 veces<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Hellen Gabriela MM. Luis Adrián R M. Everts Daniel SP.Jordan Ernesto RD. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega. Mon.com. [Internet]. 2001-2002[marzo]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml#antecedena#ixzz2W29wecFf>

<sup>11</sup> Hellen Gabriela MM. Luis Adrián R M. Everts Daniel SP.Jordan Ernesto RD. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega. Mon.com. [Internet]. 2001-2002[marzo]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml#antecedena#ixzz2W29wecFf>

<sup>12</sup> LF Cruz Torres. Complicaciones en Madres Adolescentes Primigestas con Infección de Vías Urinarias, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2010. Riobamba/Ecuador. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1912/1/94T00091.pdf>

**VIII**

**CONCLUSIONES**

Mediante la realización de la presente investigación y luego de realizado el análisis y discusión de los resultados obtenidos podemos establecer las siguientes conclusiones:

➤ Se Determinó que los Factores de Riesgo son: La edad materna 17-19 años que se dio en 23 casos (52,3 %). El Estado Civil: Soltera en 32 (73 %), Que las adolescentes vivan en casa arrendada se dio en 18 casos (40,9 %). 25 casos (57 %) habitan dentro de su núcleo familiar, pero habría que averiguar cómo son las relaciones intrafamiliares. Ocupación: Estudiante en 34 casos (77 %). Religión Católica (93 %). Y un Nivel Económico Bajo en 20 casos (45,5 %) que señalaron tener ingresos inferiores a 100 dólares.

➤ Se determinó que en cuanto a Antecedentes Gineco-obstétricos: 25 (57 %) presentaron su Menarquia a los 13 años. De las 44, 39 de ellas son primigestas (89 %) y 5 (11 %) multigestas; de las cuales 2 son primíparas, 2 han presentado Abortos y a 1 le han realizado Cesárea. El IVSA para 30 (68 %) ha sido antes de los 15 años. Una minoría, 4 (9 %) señalaron que habían usado algún método anticonceptivo y 40 (91 %) no uso. 33 (75 %) indicó haber tenido una pareja sexual, 9 (20,5 %) han tenido dos y 2 (4,5 %) han tenido tres o más.

➤ Se estableció que en 29 gestantes (66 %) señalaron haber presentado IVU y 15 (34 %) que no. ITS: 12 (27 %) dijeron que si y 32 (73 %) que no. En cuanto a Diabetes e Hipertensión Gestacional no se reportaron casos. En Hábitos Tóxicos como: Alcohol, Drogas y Tabaco existió una

adolescente que señaló que sí consumía, representando el 2 %, mientras que el 98 % restante no lo hacía.

Se identificó que la Edad Gestacional en la que se presenta mayormente APP, fue entre 33.5 a 36.6 semanas en 26 gestantes que corresponden al 59.1 %, 17 pacientes se encontraban entre 30.2 a 33.4 Semanas con un 38.6 % y finalmente 1 pacientes entre 28.0 a 30.1 Semanas con un 2,3 %.

El mayor porcentaje de adolescentes que acuden periódicamente a realizarse CPN es del 97,7 % en 43 casos, del cual, la mayoría que son 31 casos y representan el 70,5 % acudieron más de 4 veces al Médico, le siguen 12 casos que representan el 27,2 % que acudieron de 1 a 3 veces y un caso que representa el 2,3 % que no asistió a ningún control.

**IX**

# **RECOMENDACIONES**

Al término de la presente investigación podemos dar algunas recomendaciones:

- Fomentar e incentivar al personal de salud que asiste a las madres adolescentes, el uso de guías y normas de asistencia para el control prenatal adecuado y de calidad para la detección temprana de los Factores de Riesgo General y Reproductivo, que como queda claro ha demostrado ser un instrumento de guía en la identificación de mujeres con riesgo relativo de presentar patología con riesgo obstétrico y perinatal elevado.
  
- Se propone la instrucción adecuada del personal de salud para la detección oportuna y el tratamiento adecuado de las infecciones genitourinarias para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad neonatal secundaria a prematuridad.
  
- Que las Instituciones de Salud incluyan y promuevan Programas de Salud Sexual y Reproductiva a nivel de Escuelas, Colegios y Universidades, con el fin de evitar Embarazos en Adolescentes.
  
- Que los Padres Hablen sobre salud sexual y reproductiva con sus hijos, y las consecuencias que trae consigo una sexualidad irresponsables, brindándoles la confianza necesaria para que ellos asimilen la información de una mejor manera. Así como

también, Desarrollar en ellos valores personales, como el respeto a tu cuerpo, a la vida, a las decisiones de los demás, al ejercicio de la sexualidad.

➤ Evitar el consumo de alcohol y drogas, para no perder el control cuando se esté con la pareja y puedan tomar decisiones adecuadas y responsables sobre el ejercicio de la sexualidad. Las hormonas y las drogas no son buenos consejeros.



# **X. BIBLIOGRAFÍA**

1. Jesús Belisario. Causas de amenaza de parto pretérmino en pacientes de la consulta prenatal. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/causas-amenazo-parto-pretermino-pacientes-que-acuden-consulta-controllo-prenatal/causas-amenazo-parto-pretermino-pacientes-que-acuden-consulta-controllo-prenatal.shtml>
2. Hellen Gabriela MM. Luis Adrián R M. Everts Daniel SP. Jordan Ernesto RD. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega. Mon.com. [Internet]. 2001-2002[marzo]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro.shtml#antecedena#ixzz2W29wecFf>
3. Maria Elisa PN. Estudio descriptivo, Retrospectivo, Transversal. Determinantes de Riesgo Obstetrico y Perinatal que aumentan la incidencia de Parto Pretérmino, una visión Epidemiológica en el Embarazo de Mujeres Adolescentes. (Tesis Doctoral). Riobamba: Hospital Provincial General Docente de Riobamba. 2008.
4. LF Cruz Torres. Complicaciones en Madres Adolescentes Primigestas con Infección de Vias Urinarias, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2010. Riobamba/Ecuador. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1912/1/94T00091.pdf>
5. Diana UV, María Guadalupe HJ, Martha Adriana RR, Enrique VR. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(5): 338 – 341. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262012000500003&script=sci\\_](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262012000500003&script=sci_)

6. María del Pilar A. Ana María AG. Claudia Lorena CP. Ricardo Elias CB. Factores de Riesgo para Parto Pretermino en el departamento de Caldas. Arch. Med. 2003-2006. Vol. 8 N° 1, Junio de 2008. Disponible en:  
[http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos\\_medicina/html/publicaciones/edicion\\_8-1/5\\_factores\\_de\\_riesgo\\_para\\_parto\\_pretermino.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_8-1/5_factores_de_riesgo_para_parto_pretermino.pdf)
7. Drs. Marylin I, Juan S, Eduardo C, Ofelia UU. Parto pretérmino: valor predictivo del estriol salival, vaginosis bacteriana y longitud cervical. Rev Obstet Ginecol Venez v.67 n.3 Caracas sep. 2007. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Caracas. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322007000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322007000300002&script=sci_arttext)
8. Arias F. Guia práctica para el embarazo y parto de Alto Riesgo. 2da Ed. Vancouver. Elsevier, 1997. pp 273
9. Botero. J. Obstetricia y Ginecología 8va Ed. 2004 pp. 583-584.
10. Mendez. Nutrición materna. Revista Médica de Chile. 132 (7-12): 82 Abril 2008.
11. Acosta, G. Obstetricia Ginecología. Revista de Ginecología. Cuba. 31 (1): Mayo- Agosto 2010.
12. Romo, P Factores de Riesgo de Parto Pretérmino. Revista de la Universidad de Colima. Colima 12 (1): 82, Diciembre 2008.

13. López JL, Lujones MB, Valdespino LP, Virella JP. Algunos Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Disponible en: [bvs.sld/revistas/gin/vol30-01-04/gin01104.htm](http://bvs.sld/revistas/gin/vol30-01-04/gin01104.htm)
14. Hernández JC, Alonso DH, Rodríguez MP, Homma JC, Díaz IO, Suárez RO. Embarazo y adolescencia y su influencia en los indicadores perinatales en dos hospitales gineco-obstétricos. Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29-3-03/gin04303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29-3-03/gin04303.htm).
15. Iñaki II, José Luis de PL, Carmen MA, Juan José PP. Embarazo en la Adolescencia. Revista Chilena. 2010.
16. Angela VM, Carlos GV, Valentina HV, Francisca CC, Angel AC. Embarzo y Adolescencia: Factores Biológicos Materno y Perinatal más frecuentes. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecologica 2001; 27 (2); 158-64.
17. Sifrido VD, John E, Jessica BM, Daymí SM, Edith BM. Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones. Rev. Cubana Ginecol 2002; 28 (2); 84-8. Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial! "Ana Betancourt de Mora" Camaguey.
18. Mejias E, Característica del Embarazo, parto y recién nacido en la altura. Ginecología y Obstetricia 2000; 46 (2); 135-42.
19. Rodrigo CR, Luis HG, Peter CH, Martha GF, Factores Etiológicos y Epidemiológicos en Adolescentes Embarazadas. Hospital Gineco Obstétricos Enrique Sotomayor. Area Tocoquirúrgica.
20. Rosa María AU, Ana CG, Alina GH, Beatriz RA y Lucrecia MV. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales.

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Ciudad de La Habana, Cuba.  
2005.

21. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitae J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitae E. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2002; 28(2).

22. Hlein J. Actualización sobre Ginecología en la Adolescencia. C Ped North. 1999; 1: 26.

# **XI. ANEXOS**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Historia Clínica.....  
Fecha de atención:.....  
Edad Gestacional.....  
Edad de la adolescente: .....

### Escolaridad:

- Ninguna ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Universidad ( )

### Procedencia:

- Urbano ( )
- Rural ( )

### Vive en :

- Casa Propia ( )
- Arrendada ( )
- Prestada ( )
- Otro: .....

### Usted vive:

- Con su familia (Núcleo Familiar) ( )
- Sola ( )
- Con su Pareja ( )
- Otros: ( )

### Estado Civil:

- Soltera ( )
- Casada ( )
- Unión Libre ( )
- Viuda ( )
- Divorciada ( )

### Ocupación:

- Ninguna ( )
- Ama de casa ( )
- Estudiante ( )
- Trabaja ( ) En qué?.....

### Ingresos Económicos:

Mensuales:.....  
.....

Religión:

- Católica ( )
- Evangélica ( )
- Testigos de Jehová ( )
- Ninguna ( )
- Otra: SI ( ) NO ( ) Cual?.....

**Antecedentes Gineco-obstétricos**

Menarquia: .....

Ciclos menstruales: .....Duración..... Cantidad.....

IVSA: .....

Número de parejas sexuales: .....

Gestas: .....

Partos: .....

Abortos.....

Cesáreas: .....

Uso anticonceptivos:

- Si ( )     Cuál?\_\_\_\_\_
- No ( )

**Datos Obstétricos del embarazo actual**

15. CPN:

- Si ( )      Cuantos?.....
- No ( )      Por qué? .....

17. Hábitos Tóxicos:

- Alcohol ( )
- Drogas ( )
- Tabaquismo ( )
- Automedicación ( )

18. IVU:

- Si ( )
- No ( )

Tratamiento recibido:.....

.....

20. Infección de Transmisión Sexual

- Si ( )
- No ( )

Cuál?.....

21. Hipertensión Gestacional:

- Si ( )
- No ( )



22. Diabetes Gestacional:

- Si ( )
- No ( )

# INDICE

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÒN.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TITULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMARY.....	3
INTRODUCCIÒN.....	5
MARCO TEÒRICO.....	11
MATERIALES Y MÈTODOS.....	43
RESULTADOS.....	48
DISCUSIÒN.....	57
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFÌA.....	68
ANEXOS.....	73