



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

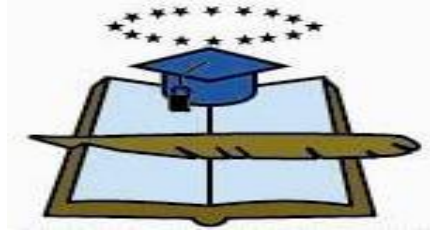
**TEMA:
FACTORES DE RIESGOS DESENCADENANTES DEL
TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS PRIMIGESTAS EN EL HOSPITAL GINECO-
OBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR” EN EL PERÍODO
DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE OBSTETRA**

**AUTORA:
RUDY ANAÍS OLAYA GUZMÁN**

**TUTORA:
OBST. SARA MARTÍNEZ MACKLIFF**

**GUAYAQUIL – ECUADOR
AÑO 2012 – 2013**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Esta tesis cuya autoría corresponde a RUDY ANAÍS OLAYA GUZMÁN ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar por el título de OBSTETRA.

.....
Obst. María Palacios

.....
Dr. Yuri Patiño

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR LA SRTA. RUDY ANAÍS OLAYA GUZMÁN CON C.I. # 0705873362.

CUYO TEMA DE TESIS ES FACTORES DE RIESGOS DESENCADENANTES DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR
OBSTETRIZ. SARA MARTÍNEZ MACKLIS

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TITULO Y SUBTITULO: Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013		
AUTORA: Rudy Anaís Olaya Guzmán	TUTOR: Obstetriz Sara Martínez REVISORES:	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS ESCUELA DE OBSTETRICIA	
CARRERA: OBSTETRICIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PAGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS: Salud		
PALABRAS CLAVE: Embarazo, Adolescentes, Primigesta, Complicaciones, Neonatos		
RESUMEN: El embarazo y la maternidad durante la adolescencia son hechos que preocupan a la sociedad, en el Ecuador las cifras son alarmantes, según el ministerio de salud pública, dos de cada tres adolescentes están embarazadas, aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en la adolescencia se convierte en un problema, las consecuencias son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico. Esta investigación se basa en adolescentes embarazadas que por alguna complicación obstétrica no llegó su embarazo a determinado tiempo de la gestación. Objetivo: Determinar los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en embarazadas adolescentes primigestas. Ambiente: Área de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Método: Esta investigación será de diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. El Universo: estuvo conformado por un total de 390 pacientes adolescentes embarazadas primigestas entre 14 a 19 años, de las cuales 210 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de estudio. La Muestra: Estuvo conformada por 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años; el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen mas de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional.		
N. DE REGISTRO :	N. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléf. 0983635383	Email: chiki_rudy6@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:		

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo con cariño a Dios que me ha dado el don de sabiduría y fortaleza para seguir siempre adelante.

A mis padres Arnaldo Olaya y Rosa Guzmán, por su apoyo moral y económico que con sus sólidos principios supieron guiarme por el camino recto de la superación y el respeto., valorando el esfuerzo y el amor que supieron darme.

A mis hermanos quienes con sus sabios consejos me han sabido orientar hacia los buenos principios, por la confianza depositada en mí, que me han llenado de entusiasmo para poder terminar con éxito mis metas propuestas.

A mis amigos que han sido los mejores aliados que me acompañaron a lo largo de mi vida estudiantil, por permitirme compartir muchas experiencias con ellos

A mi Tutora, por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mis más sinceros agradecimientos a mis Maestros de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, quienes con amor y sabiduría, depositaron en mí, todo su apostolado; y me han acogido a lo largo de mi formación académica.

A mis padres que con su afán y sacrificio, hicieron posible la culminación de esta etapa estudiantil que me ha capacitado para un futuro mejor y que siempre pondré al servicio del bien, la verdad y la justicia.

RESUMEN

El embarazo durante la adolescencia son hechos que preocupan a la sociedad, en el Ecuador las cifras son alarmantes, según el ministerio de salud pública, dos de cada tres adolescentes están embarazadas, aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en la adolescencia se convierte en un problema, las consecuencias son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico. Esta investigación se basa en adolescentes embarazadas que por alguna complicación obstétrica no llegó su embarazo a término. Con el objetivo de Determinar los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en embarazadas adolescentes primigestas en el Área de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Esta investigación es de diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. Estuvo conformado por un total de 390 pacientes adolescentes embarazadas primigestas entre 14 a 19 años, de las cuales 210 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de estudio. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años; el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen mas de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional.

Palabras Claves: Embarazo, Adolescente, Primigesta, Complicaciones, Neonatos

ABSTRACT

Pregnancy during adolescence are facts that concern society in Ecuador the numbers are staggering, according to the health ministry, two of every three teens are pregnant, but pregnancy is a physiological condition, when it occurs in adolescence becomes a problem, the consequences are manifold, affecting personal development opportunities and socio-economic. This research is based on pregnant adolescents by an obstetric complication failed pregnancy to term. In order to determine the risk factors triggers preterm labor in pregnant women pregnant adolescents in the area of High Risk Pregnancy Gynecology and Obstetrics Hospital Henry C. Sotomayor. This research design is retrospective, non-experimental and descriptive. Consisted of a total of 390 pregnant primiparous adolescent patients 14 to 19 years, of which 210 patients, the pregnancy ended in cesarean Hospital OB - Obstetrician Enrique C. Sotomayor in the study period. The sample consisted of 120 adolescent patients aged 14 to 19 years, 73% of patients are between the ages of 18 and 19 years old, 93% is of secondary education, 65% had more than 6 prenatal visits, 54 % have had between 3-4 sexual partners, 62% completed their pregnancy between 33-34 weeks 61% had urinary Tract Infections, 73% ended in Caesarea pregnancy, 83% of infants were suitable for gestational age

Keywords: Pregnancy, Teenager, primigravida, Complications, Neonatal

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	
RESPONSABILIDAD.....	
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	
REGISTRO DE TESIS.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.1.4 VIABILIDAD.....	4
1.2. OBJETIVOS.....	4
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.2.3 HIPÓTESIS.....	4
1.3 VARIABLES.....	5
1.3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.....	5
1.3.2 VARIABLES DEPENDIENTES.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
CLÍNICA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.....	7
DIAGNÓSTICO.....	7
CONSIDERACIÓN DE RIESGOS.....	8
MANEJO.....	10
CORTICOIDES.....	11

TOCOLÍTICOS.....	11
ANTIBIÓTICOS.....	14
FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN.....	14
TRATAMIENTO AL ALTA.....	14
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO.....	15
CORTICOIDES.....	15
NEUROPROTECCION FETAL.....	15
INDICACIÓN DE CERCLAJE.....	16
UTILITZACIÓN DE PROGESTERONA.....	16
GESTACIONES MÚLTIPLES.....	16
ANTIBIOTICOS: PROFILAXIS.....	16
3 MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
3.1 MATERIALES.....	17
3.1.1 LUGAR DE INVESTIGACIÓN.....	17
3.1.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	17
3.1.3 RECURSOS.....	17
3.1.3.1 RECURSOS FÍSICOS.....	17
3.1.3.2 RECURSOS MATERIALES.....	17
3.1.3.3 RECURSOS HUMANOS.....	17
3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	18
3.1.4.1 UNIVERSO.....	18
3.1.4.2 MUESTRA.....	18
3.1.4.2.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	18
3.1.4.2.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN.....	18
3.2 MÉTODOS.....	19
3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO.....	19
3.2.2 PROCEDIMIENTO.....	19
3.2.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20
3.2.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	21
3.2.4 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	21

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
5.1 CONCLUSIÓN.....	34
5.2 RECOMENDACIONES.....	35
6. PROPUESTA.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA.....	37
8. ANEXOS.....	40

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugirió que los recién nacidos (RN) con 2500 gramos o menos fueran llamados “niños de bajo peso al nacer” (RNBP), independientemente de la edad gestacional, en vez de prematuros, término éste debiera ser abandonado. En general en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos. Esto se explica por las diferencias en el nivel socio-económico y educacional entre los países desarrollados y los que están en vías de serlo. Diferencia que se traduce en la cantidad y calidad de recursos destinados a la prevención y tratamiento del parto prematuro. La prematuridad constituye un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos, pero basados en etiologías diferentes. La etiopatogenia de la prematuridad es múltiple, siendo muchos y variados factores que van a propiciar este trastorno y las vías fisiopatológicas que se encuentran implicadas **(1)**

La identificación oportuna de factores de riesgo y/o etiológicos de amenaza de parto pretérmino no son específicos, por lo que las pacientes reportan síntomas que pueden presentarse en un embarazo normal. Los gestantes de los niveles socio-económicos más pobres tienen una probabilidad mayor. La raza es un factor independiente, pero se ha encontrado que las no blancas tienen un riesgo dos veces mayor. El estilo de vida también es un factor asociado con esta complicación. La nuliparidad, tratamientos de fertilidad, eclampsia, sangrado en el segundo trimestre, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y desprendimiento de placenta, se encontraron como factores asociados en parto pretérmino en un estudio realizado en Brasil en el año 2010.

En cuanto a los principales indicadores clínicos son la edad gestacional, las condiciones del cuello uterino, índice de riesgo e indicadores bioquímicos. El uso combinado de penicilina más aminoglucósidos favorecen el resultado final para los casos de ruptura prematura de membranas y prematuridad. Esta investigación será de diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. A través de los resultados que se obtengan se conocerá la incidencia del parto pretérmino en nuestra población y sus factores de riesgos **(2-5)**

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1.- DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Cada año nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros y la gran mayoría de ellos nacen en países pobres. La amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino continúan siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto de atención continua.

Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección de “embarazo de alto riesgo”, han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematurez.

La identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro es imprescindible para instituir un tratamiento adecuado y así poder entregar a los pediatras recién nacidos de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstetricia (6)

En el ámbito epidemiológico, la prematurez constituye una de las principales causas de morbimortalidad perinatal. Ella sola es responsable del 65% de las muertes perinatales globales y del 75% de las muertes neonatales excluyendo las malformaciones congénitas. Esta mortalidad es 30 veces más importante que la de los niños nacidos de término. El parto prematuro no sólo tiene graves repercusiones en la morbimortalidad perinatal e infantil, sino que además representa un verdadero desafío al sistema de salud pública.

Se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 %-10 % de todos los nacimientos. En general, en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos. Esta cifra varía según los países, su dotación de servicios médicos y el tipo de población usuaria (7)

En Ecuador, la incidencia de amenaza de parto pretérmino ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad.

La dificultad en el diagnóstico certero de amenaza parto pretérmino, es la mayor limitación en la evaluación y comparación de la eficacia de los agentes tocolíticos.

1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1.- ¿Cuáles son los factores que influyen en el Trabajo de Parto Pretérmino?
- 2.- ¿Cuál es la edad, en la que el Trabajo de Parto Pretérmino se da con más frecuencia?
- 3.- ¿Qué complicaciones más frecuentes se presentan en el Trabajo de Parto Pretérmino?
- 4.- ¿Cuál es la enfermedad Obstétrica asociada al Trabajo de Parto Pretérmino?
- 5.- ¿Cuál es el peso mas frecuente que presenta el Recién Nacido de un Trabajo de Parto Pretérmino?

1.1.3.- JUSTIFICACIÓN

En la siguiente revisión se espera demostrar cuales son los factores de riesgos en nuestra población de embarazadas adolescentes utilidad del tratamiento tocolítico de los bloqueantes de canales de Calcio como es la nifedipina en el tratamiento de la amenaza del parto pretérmino.

¿Qué tan conveniente es la investigación? El Parto Pretérmino es unos de los acontecimientos obstétricos de mayor importancia y responsable de una gran morbi-mortalidad neonatal. La prematuridad producida trae consigo un sinnúmero de complicaciones para el neonato de toda índole.

Las beneficiarias de esta investigación serán las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en y por ende aquellos neonatos en que el impacto de morbi-mortalidad será menor

Los resultados del estudio ayudarán a disminuir la incidencia de partos pretérminos, en las mujeres gestantes en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

Este trabajo servirá de pauta para otros estudios que investiguen el tratamiento tocolítico en pacientes con modificaciones cervicales y que no tengan las 37 semanas de gestación para que el producto de dicha gestación este en menor riesgo de padecer asfixia intraparto y desarrollar complicaciones en el periodo perinatal.

1.1.4.- VIABILIDAD

El desarrollo de este estudio, está garantizado porque todo el equipo de salud de la Sala de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital “Enrique C. Sotomayor” está consciente de esta problemática. El financiamiento del estudio estará determinado por el apoyo incondicional que brindará la Junta de Beneficencia a través de los directivos del Hospital con toda su infraestructura y resolución técnica que en los actuales momentos es de primera línea.

1.2.- OBJETIVOS

1.2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en embarazadas adolescentes primigestas en el área de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde Septiembre del 2012 hasta febrero del 2013.

1.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la resultante neonatal de estas pacientes con trabajo de parto pretérmino.
- Mencionar patologías maternas asociadas o no al embarazo.
- Determinar la principal vía de parto.
- Conocer el tratamiento realizado.

1.2.3.- HIPÓTESIS

El trabajo de parto pretérmino es causa importante de morbi-mortalidad neonatal

1.3 VARIABLES

1.3.1.- VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad

Estado Civil

Nivel de Escolaridad

Ocupación

Número de Parejas Sexuales

Controles Prenatales

Edad Gestacional

Enfermedad Materna Asociada

Enfermedad Obstétrica Asociada

Resultante Neonatal

1.3.2.- VARIABLES DEPENDIENTES

Factores que desencadenan el Trabajo de Parto Pretérmino en las Adolescentes.

2.- MARCO TEÓRICO

La prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. En España por ejemplo, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos. El parto pretérmino se define como aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino.

En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20-30%). Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos. Entre estos métodos podemos destacar la ecografía transvaginal y métodos bioquímicos como la fibronectina o la detección de IGFBP-1.

Por su bajo coste y su facilidad en la aplicación clínica en nuestro contexto, nuestro centro utilizará la medición de la longitud cervical como la exploración complementaria de primera elección.

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos 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 (pielonefritis, 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 parto pretérmino, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos **(8-9)**

CLÍNICA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

La sintomatología de la Amenaza Parto Pretérmino suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa.

No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de la Amenaza de Parto Pretérmino, pero las contracciones han de ser persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación.

DIAGNÓSTICO

Frente a una paciente que nos consulta por sintomatología compatible con dinámica uterina y en la que se objetiva dinámica uterina regular, se deben realizar sistemáticamente y de manera ordenada:

- Anamnesis dirigida
- Exploración física (descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, peritonismo, puño percusión...)

Exploración obstétrica:

1. Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.
2. Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina...).
3. Especulum: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias...).
4. Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal.
 - Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB.
 - Frotis endocervical.
 - Extensión de frotis vaginal en porta para Gram (sin fijar).
 - Sedimento y urinocultivo
5. TV: valoración cervical mediante el Índice de Bishop.
6. Ecografía transvaginal: medición de la longitud cervical (con vejiga vacía, sin presionar excesivamente con el transductor, con contracción o presión fúndica y escoger la menor de 3 mediciones).

7. RCTG: confirmar la presencia de dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.

8. Analítica (Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR).

9. Amniocentesis (aplicar según como se indica en el apartado de “manejo”): se informará a la paciente de la conveniencia de la prueba para descartar la infección/inflamación intraamniótica y de los riesgos de la prueba (< 1% de RPM).

Previo consentimiento informado y evaluando el estado serológico materno, se realizará con aguja de 22G una amniocentesis de la que se extraerán 20cc para determinar:

- I. glucosa
- II. FLM (valorar según la edad gestacional)
- III. leucocitos
- IV. tinción de Gram
- V. cultivo de líquido amniótico aerobios y anaerobios
- VI. cultivo de micoplasmas
- VII. cariotipo (valorar según edad gestacional)

Se deben descartar siempre otras patologías que contraindiquen la tocolísis: Desprendimiento Placenta Normo-Inserta, corioamnionitis (**10-11**)

CONSIDERACIÓN DE RIESGOS

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes UNO O MÁS de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

- Índice de Bishop
- Parto pretérmino anterior (espontáneo) antes de la semana 34
- Gestación múltiple
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual

Criterios ecográficos:

- longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas
- Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas
- Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más

La longitud cervical medida por ecografía transvaginal es un marcador diagnóstico de la verdadera Amenaza de Parto Pretérmino que ha tenido una amplia difusión en los últimos años.

Se ha podido observar la relación entre la longitud cervical y el riesgo de parto pretérmino, así como entre este y la edad gestacional a la que se observa este acortamiento cervical.

En la actualidad se considera que la medición transvaginal del cérvix en una gestante con sospecha clínica de Amenaza de Parto Pretérmino es una prueba que debe formar parte de la exploración básica de la misma. Tiene una capacidad pronóstica que permite definir que mujeres son de alto riesgo y además va a ser de ayuda para evitar intervenciones innecesarias (NE: IIb-B).

Es una prueba que proporciona datos objetivos sobre la longitud del cérvix y nos permite, además, seguir la evolución del cuello a lo largo del tiempo. Un cérvix con una longitud >30 mm es un “cérvix largo” que descarta la posibilidad de parto pretérmino (alto valor predictivo negativo, salvo que las contracciones uterinas se deban a otras causas como un posible desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta), mientras que el parto pretérmino es más probable que ocurra cuando la longitud cervical es inferior a 15 o 20 mm.

Habitualmente, la longitud cervical se comporta como un marcador independiente del riesgo de parto pretérmino y en la actualidad se considera que la longitud funcional del cérvix es la prueba individual que mejor predice el riesgo de parto pretérmino y que todos los demás test añaden poco al valor predictivo de esta prueba(15). Sin embargo, en la revisión bibliográfica se puede observar que no existe un punto de corte único y universal, existiendo referencias a valores <15 mm, <20 mm, <25 mm y <30 mm, según la sensibilidad y especificidad que se desee alcanzar.

En el 2010, Sotiriadis (14) publicó un meta-análisis sobre el valor de la medición del cérvix en pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino. Incluye estudios prospectivos de cohorte y estudios de casos-controles en gestaciones únicas y membranas intactas (aunque incluye series con $<20\%$ de rotura prematura de membranas y embarazos múltiples). También se incluyeron estudios que emplearon tocolíticos y corticoides profilácticos.

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente NINGUNO de los criterios citados anteriormente.

En ausencia de dinámica uterina regular, es necesario valorar estos parámetros con precaución, dado que pueden no relacionarse con el parto pretérmino.

En este caso, se tendría que hacer un seguimiento (en 1 – 2 semanas) de la situación clínica. Estos hallazgos, en ausencia de clínica, NO SON TRIBUTARIOS de tratamiento tocolítico ya que pueden representar el extremo de la normalidad. Como medida de precaución, podría recomendarse restringir la actividad laboral y el estilo de vida parcialmente hasta evaluar la evolución clínica **(12)**

MANEJO

A partir de la semana 35.0 se optará por una conducta poco agresiva. Se suspenderá el tratamiento tocolítico endovenoso y se indicará reposo.

De forma opcional, si precisa, se administrará tocólisis vía oral respetando el reposo nocturno.

A partir de la semana 36.0 se suspenderá todo tipo de tratamiento tocolítico.

- ✓ Si existe dinámica uterina (DU) EN PACIENTES DE BAJO RIESGO de parto pretérmino: reposo y observación 2-3 horas en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales. Estas pacientes NO son tributarias *a priori* de amniocentesis (dado que el riesgo real de parto prematuro es muy bajo).
- a) Considerar la necesidad de administrar una dosis única de 20 mg de nifedipina.
- b) Si cede la dinámica uterina y no existen modificaciones cervicales, podrá valorarse el alta domiciliaria con reposo relativo 24 horas.
- c) Si no cede la dinámica uterina, pero no hay modificaciones cervicales, se puede valorar el ingreso u observación durante 12-24 horas.
- d) Inicialmente, NO se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta corta de 12-24 horas. Alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.

Si existe dinámica uterina (DU) EN PACIENTES DE ALTO RIESGO de parto pretérmino.

- a. Ingreso
- b. Reposo absoluto 24 horas (permitiendo higiene personal si el cuadro clínico lo permite) y
- c. control materno-fetal (RCTG/8-12 horas).

CORTICOIDES

Si la inmadurez pulmonar está entre las 24.0 y 33.6 semanas: 12 mg Betametasona según pauta de una dosis diaria durante dos días, y proseguir según protocolo específico si persiste el riesgo.

Por debajo de las 32 semanas, iniciar la administración de corticoides sin esperar el resultado del FLM, dada la baja probabilidad de presentar madurez pulmonar suficiente. Si el feto es maduro, no administrar la segunda dosis a las 24 h.

TOCOLÍTICOS

1. Ritodrine endovenoso. (beta-miméticos): Utilizar siempre que no haya contraindicaciones: patología cardiovascular (incluye hipertensión), pulmonar o tiroidea materna, diabetes pregestacional o gestacional, migrañas de repetición o gestación múltiple.

Adaptar la dosis de ritodrine (2 ampollas de 5 ml) en 500 cc de Solución Glucosada al 5% (10 mg/ml) hasta eliminar las contracciones con la mínima dosis efectiva:

75 ml/h _____ 250 mcg/min

60 ml/h _____ 200 mcg/min

45 ml/h _____ 150 mcg/min

30 ml/h _____ 100 mcg/min

En el caso de requerir elevadas dosis de beta-miméticos endovenoso de manera persistente, realizar:

- Control ECG.
- Peso diario para corroborar un correcto balance hídrico.
- Controles glicémicos periódicos sólo si O' Sullivan desconocido o intolerancia
- (O' Sullivan patológico y curva normal).

El objetivo será la inhibición de la dinámica uterina. Una vez logrado este objetivo, disminuir dosis a la mitad a las 6-12 horas y suprimir, y pasar a pauta oral a las 24-48 horas. Cambiar de fármaco si: taquicardia > 140 latidos/minuto (paciente sana) y/o sensación de ahogo y/o opresión torácica y/o cualquier otra sintomatología atribuible a posibles efectos secundarios de los beta-miméticos.

Pauta oral: 10 mg/4-6 horas respetando el reposo nocturno.

2. Nifedipino (Inhibidor del canal del calcio): Tocolítico efectivo de administración oral. Requiere peticiones de medicación de uso compasivo si se da de manera pautada. Contraindicado en pacientes con disfunción renal, hepática o cardiaca, uso concurrente de medicación antihipertensiva o nitroglicerina transdérmica (GTN), beta-miméticos, alergia a la nifedipina o hipotensión clínica en circunstancias basales.

Pauta: 20mg vía oral de entrada seguido de pauta de 20 mg/6 horas durante 48-72 horas.

Si no existe respuesta al tratamiento inicial: 20 mg vía oral de dosis de rescate a los 30 minutos de la primera dosis y 20 mg vía oral más a los 30 minutos si no hay respuesta.

Si después de esta segunda dosis de rescate no hay respuesta, está indicado cambiar de tocolítico.

La pauta convencional será de 20 mg/6 horas pero existe un margen de 20 mg/3-8 horas, sin sobrepasar una dosis máxima de 160 mg/ día.

Después de 72 h, si requiere terapia de mantenimiento, se puede cambiar a Adalat Oros vía oral 30-60 mg/día (existen comprimidos de 30 y de 60 mg).

Control de constantes: Control de pulso y Tensión Arterial cada 30 minutos la primera hora o mientras se utilice terapia intensiva. Después, control horario. Si se estabiliza el cuadro, control de constantes cada 6-8 horas.

3. Atosiban endovenoso. (Antagonista de la oxitocina): Fármaco de elección en gestaciones múltiples y cardiópatas, en pacientes diabéticas pregestacionales o gestacionales. Se administra en ciclos de 48 horas, siendo posible repetir hasta un total de 3 ciclos. Si existe una muy buena respuesta al tratamiento, y el riesgo de parto pretérmino no es muy elevado, considerar hacer ciclos cortos de 24 horas en vez de 48 horas).

Pauta:

- Bolos en 1 minuto de 0,9 ml de solución de 7,5mg/ml (dosis total 6,75 mg atosiban)
 - Infusión de 2 viales de 5 ml (de 7,5 mg/ml) diluidos en 100ml a pasar en 3 horas: velocidad de infusión de 24 ml/hora = 300mcg/min (o 18 mg/hora durante 3 horas = 54 mg atosiban).
 - Infusión de 2 viales de 5 ml (de 7,5 mg/ml) diluidos en 100 ml a pasar en 45 horas: velocidad de infusión de 8 ml/hora = 100mcg/min (o 6 mg/hora durante 45 horas = 270 mg atosiban).
4. Indometacina (Inhibidor de la síntesis de prostaglandinas): Útil sobretudo en Amenaza de Parto Pretérmino precoces (<26sg). Dosis: 50 mg/6 horas vía oral. (Alternativas: vía vaginal o rectal; 150-200 mg como dosis de entrada y 100mg/12h de mantenimiento). De uso restringido por encima de las 32 semanas de gestación.

Exige:

- _ Si edad gestacional entre 27 - 32sg: Índice de Líquido Amniótico + Doppler/48 horas para control de una posible restricción del ductus arterioso y proseguir según los resultados.
 - _ Si >32 semanas de gestación: evitar como tratamiento tocolítico. Si se usa como tratamiento del polihidramnios, requiere control estricto del Índice de Líquido Amniótico y Doppler del ductus arterioso/24-48 horas (posible cierre irreversible del ductus a partir de la semana 32).
5. Terapia combinada: Si a pesar del tratamiento con monoterapia, la paciente presenta dinámica uterina persistente, se valorará la posibilidad de terapia combinada (preferentemente nifedipina + atosiban), considerando la edad gestacional y las modificaciones cervicales. No asociar nifedipina + beta-miméticos de manera pautada.

NO SERÁN TRIBUTARIAS DE TRATAMIENTO TOCOLÍTICO pacientes:

- a) 34 semanas: si glucosa < 5 mg/ml o tinción de Gram con gérmenes.
- b) < 34 semanas: si glucosa < 5 mg/ml y 50 leucocitos y tinción de Gram con gérmenes.
- c) Con cultivo positivo en líquido amniótico en la amniocentesis de este ingreso.

En el resto de casos, se realizará tratamiento tocolítico (y tratamiento antibiótico si es necesario) a la espera de los resultados del cultivo de líquido amniótico (13-15)

ANTIBIÓTICOS

Serán tributarias de tratamiento antibiótico:

- Paciente con exposición de la bolsa amniótica en vagina (bolsa visible a través del OCE con espéculo o en vagina “en reloj de arena”).
- Pacientes que presenten como hallazgos en la amniocentesis: Tinción de Gram con gérmenes o glucosa < 5 mg/dl o cultivo positivo de líquido amniótico.

Inicialmente se utilizarán antibióticos con una cobertura amplia: ampicilina 1g/6 horas endovenoso + gentamicina 80 mg/ 8 h endovenoso. Si la paciente se mantiene clínicamente estable, el tratamiento será corregido, suspendido o mantenido según el antibiograma del CULTIVO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: si el cultivo es negativo, se finalizarán 5 días de tratamiento profiláctico. Si se identifica un germen, se completarán 7 días de tratamiento antibiótico.

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

Será criterio de finalización:

- la corioamnionitis clínica o
- 34.0 semanas, madurez comprobada y algún signo de infección intraamniótica (glucosa < 5 mg/dl, tinción de Gram con gérmenes o cultivo positivo en el líquido amniótico).

TRATAMIENTO AL ALTA:

Previamente al alta se permitirá la paciente deambular por la sala y moverse para su higiene personal durante 24-48 horas según el riesgo, la edad gestacional y las condiciones cervicales.

Si no reinicia el cuadro clínico, será alta domiciliaria y se mantendrá tratamiento tocolítico oral (si ya llevaba en el momento del alta) durante 48 horas (máximo una semana).

Se remitirá a la paciente a un control en 1-2 semanas en la Unidad de Prematuridad para reevaluación del riesgo y con indicaciones de volver a urgencias si reaparición de la sintomatología

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

Dado que no está demostrado el beneficio del tratamiento de mantenimiento (de larga duración), se suspenderá todo tratamiento tocolítico después de un máximo de una semana de tratamiento endovenoso u oral. En caso de reinicio persistente de dinámica uterina con riesgo muy elevado de parto pretérmino por debajo de las 32 semanas o de dinámica muy sintomática, se considerará prolongar el tratamiento oral (Nifedipina oral), o reiniciar más ciclos, o iniciar una pauta de mantenimiento endovenoso.

CORTICOIDES

Los corticoides antenatales se asocian con una reducción de la mortalidad neonatal, síndrome de distrés respiratorio y hemorragia intraventricular (44, 45) (NE: 1a-A).

En pacientes con riesgo de tener un parto pretérmino, se deben administrar corticoides a las gestantes con una edad gestacional comprendida entre las 24+0 y 34+6 semanas, tanto en gestaciones únicas como múltiples.

NEUROPROTECCION FETAL

Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales. Son varios los Meta-análisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que el sulfato de magnesio administrado antes del parto puede reducir el daño cerebral en los grandes pretérminos que sobreviven. El número necesario de casos a tratar para evitar una parálisis cerebral es de 63 (IC 95%: 43-155)

INDICACIÓN DE CERCLAJE

En caso de estabilización del cuadro clínico por debajo de las 26 semanas, valorar la realización de un cerclaje.

UTILIZACIÓN DE PROGESTERONA

Actualmente se ha demostrado la utilidad de la progesterona como tratamiento profiláctico (es decir, antes de la presentación de sintomatología) en pacientes de riesgo (pretérmino anterior o con cérvix muy corto (inferior a 15 mm)). Fuera de esta indicación, su uso debe ser bien justificado hasta que se disponga de más evidencia científica. Dosis recomendada: progesterona 200 mg/día vía vaginal.

GESTACIONES MÚLTIPLES

En estos casos, y dado que la causa infecciosa es probablemente menos frecuente, NO se realizará amniocentesis sistemática **(16-19)**

ANTIBIOTICOS: PROFILAXIS

El tratamiento sistemático con antibióticos en pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino y bolsa íntegra no es eficaz para prolongar la gestación. Por ello, los antibióticos no deben emplearse de forma rutinaria, salvo que la Amenaza de Parto Pretérmino se acompañe de una rotura prematura de membranas (NE: Ia-A) o exista una patología asociada que requiera tratamiento específico. Sin embargo, sí que debe realizarse profilaxis del estreptococo grupo B en los casos indicados.

En los casos de Amenaza de Parto Pretérmino con bolsa íntegra, el tratamiento profiláctico se iniciará cuando se prevea que el parto es inminente (NE: IV-C), mientras que en los casos de rotura prematura de membranas, la profilaxis se iniciará ya desde el momento del ingreso (NE: IIb-B). La antibioterapia profiláctica del EGB debe suspenderse si se determina que la paciente no presenta un verdadero trabajo de parto o si el resultado del cultivo es negativo. Si el resultado del cultivo fuera positivo, se instaurará de nuevo la profilaxis cuando el parto se reinicie

3.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1.- LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el Cantón Guayaquil de la Provincia del Guayas, en el Servicio de Alto Riesgo del Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”.

3.1.2.- PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende del 6 de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.1.3.- RECURSOS

3.1.3.1 RECURSOS FÍSICOS

Planta física del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

3.1.3.2 RECURSOS MATERIALES

- Computador
- Impresora
- Material de oficina (papel, lápices, tinta, CD, pen drive)
- Historias Clínicas
- Ficha de recolección de datos
- Bolígrafo

3.1.3.3 RESURSOS HUMANOS

- Autor
- El Tutor
- Las pacientes

3.1.4.- UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1 UNIVERSO

El universo de estudio estará conformado por un total de 390 pacientes adolescentes embarazadas primigestas entre 14 a 19 años, de las cuales 210 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de estudio.

3.1.4.2.- MUESTRA

La muestra se la obtendrá tomando a la paciente con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino. Posteriormente y previo consentimiento informado, llenará una hoja de datos guiada por el investigador.

Se calculó un tamaño muestral de 120 mujeres embarazadas adolescentes primigestas entre 14 a 19 años atendidas en el servicio de Alto Riesgo en el periodo de estudio (6 meses) asumiendo una frecuencia del trabajo de parto pretérmino del 30% con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%.

3.1.4.2.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Embarazada adolescente primigesta entre 14 a 19 años de edad.

Pacientes con embarazo menor de 37 semanas de gestación.

Presentar Trabajo de Parto Pretérmino.

3.1.4.2.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes mayores de 20 años

Pacientes con Gestaciones de mayor de 36.6 semanas.

Pacientes Adolescentes con más de un parto en el período de estudio.

3.2 .- MÉTODOS

3.2.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, la información se obtuvo de las historias clínicas, con la finalidad de conocer los factores que desencadenan el Trabajo de Parto Pretérmino en las adolescentes embarazadas primigestas de 14 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en un período comprendido entre Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.2.2 PROCEDIMIENTO

La investigación se inició con la entrega de un oficio al hospital, para la autorización de la revisión de las historias clínicas de las pacientes embarazadas adolescentes primigestas, durante el período de Septiembre del 2012 – Febrero del 2013, se le explicó el objetivo del estudio y la necesidad de la revisión de los mismos. Luego se elaboró un cuestionario de recolección de datos.

Se procedió a buscar en el departamento de estadística las historias clínicas de las pacientes, para recolectar la información se hizo uso de las siguientes variables de estudio, las cuales son: edad, procedencia, instrucción, parejas sexuales, controles prenatales, edad gestacional, enfermedad materna asociada, enfermedades obstétricas asociadas, resultante neonatal.

Se tabulará en promedios y porcentajes los datos obtenidos para expresarlos en tablas y gráficos

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- No experimental – Retrospectivo

3.2.2.1.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR
Variable dependiente: Trabajo de Parto Pretérmino en la adolescentes	Adolescentes de 14 a 19 años primigestas.	Factores que influyen
VARIABLES INDEPENDIENTES: Edad	Se considera la edad en años al momento de la investigación.	Años cumplidos
Nivel de escolaridad	Como influye en la adolescente.	Primaria Secundaria o Superior
Controles Prenatales	Número de controles	Uno, dos o más
Edad Gestacional	Finalización del embarazo, salida del producto de la concepción a través del útero.	28 – 32 semanas 33 – 34 semanas 35 – 36 semanas
Número de parejas sexuales	Conducta sexual de riesgo	Uno, dos o más
Enfermedades maternas asociadas al embarazo.	Problema de salud más frecuente.	Anemia IVU Diabetes Infección Vaginal Asma Otra
Enfermedades Obstétricas Asociadas al Embarazo	Complicaciones más frecuentes	Preeclampsia Placenta Previa Trastornos de Líquido Amniótico Malformaciones Fetales
Resultante Neonatal	Resultados del recién nacido	Apgar Talla Peso AEG/ GEG/ PEG

3.2.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El estudio de investigación se realizó utilizando la información proporcionada desde las historias clínicas de las pacientes adolescentes primigestas durante el período de estudio.

Los datos fueron sometidos a tabulaciones en cuadros explicativos mediante los programas de Microsoft Word y Microsoft Excel. Se presentó la información en tablas y gráficos, números y porcentajes para su mayor entendimiento. Luego fueron analizadas para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

3.2.4 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Se consideró que es una investigación sin riesgo, porque se realizó un estudio retrospectivo en el cual se revisaron las historias clínicas, obteniendo los datos necesarios para la investigación, en la que no se trató directamente con la paciente (Título segundo, Art 17, fracción I, de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud).

Como estudiante legalmente de la Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia, mi trabajo de investigación fue dirigido por un tutor Docente de la Facultad que se considera el investigador principal y se solicitó la autorización por escrito a la institución para la revisión de las historias clínicas (Título sexto, capítulo único de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud).

La investigación se desarrolló conforme a los principios de la bioética médica, los datos que fueron obtenidos son totalmente reales y confidenciales.

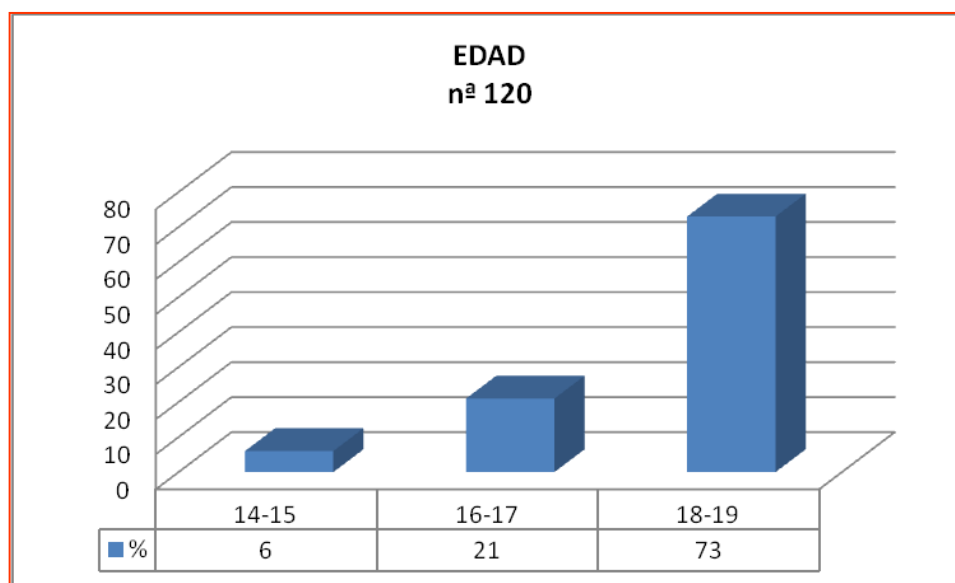
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 1

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LA EDAD CRONOLÓGICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

GRUPOS POR EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14-15 AÑOS	7	6 %
16-17 AÑOS	25	21 %
18-19 AÑOS	88	73 %
TOTAL	120	100 %

GRÁFICO N° 1



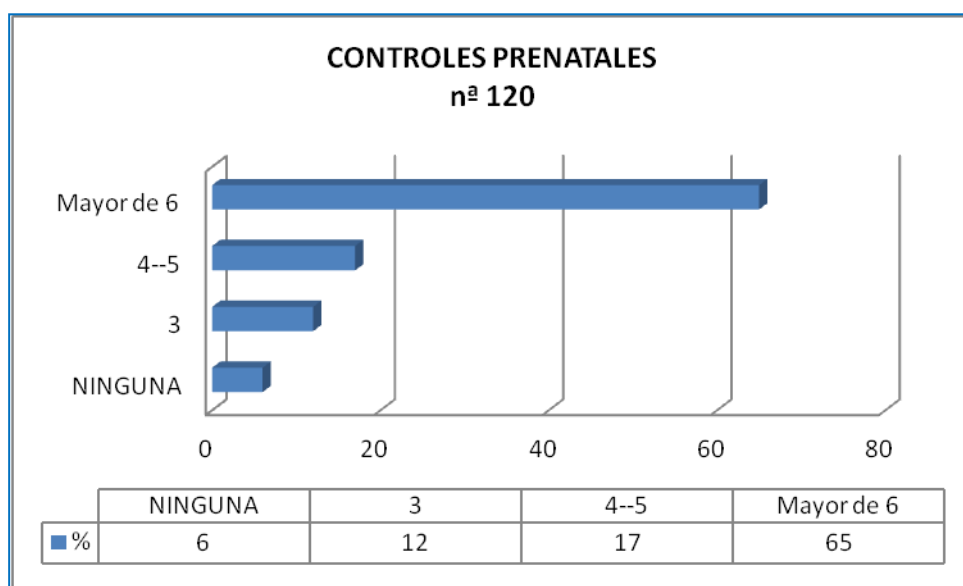
Análisis: El cuadro 1 muestra que: del 100 % (120) de los casos de trabajo de parto pretérmino, el 6 % (7) tienen entre 14 y 15 años, el 21 % (25) 16 – 17 años, el 73% (88) 18 – 19 años. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia del trabajo de parto pretérmino se da en edades de 18 a 19 años, (88) que corresponde al 73%.

CUADRO N° 2

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LOS CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	6	6%
3	15	12%
4—5	21	17%
Mayor de 6	78	65%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 2



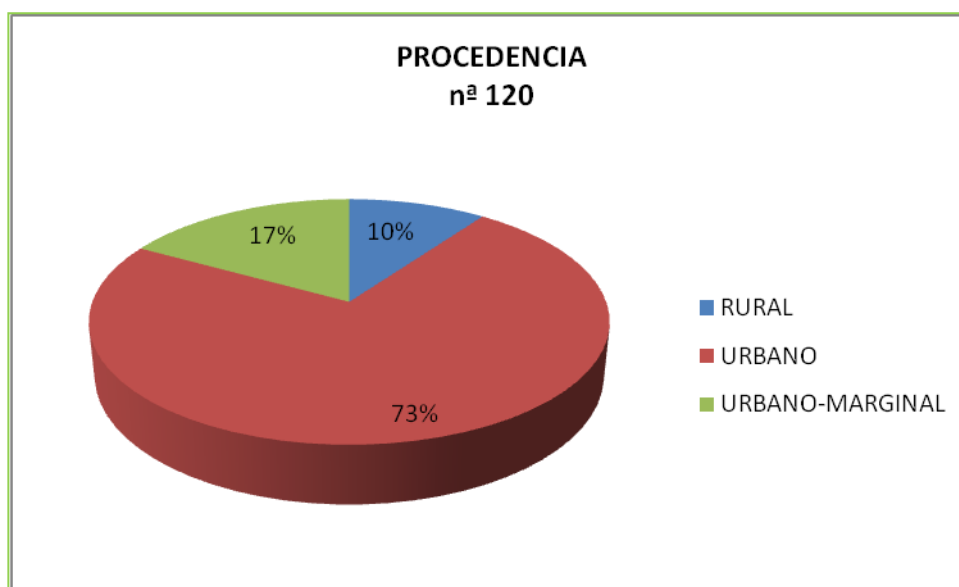
Análisis: El cuadro 2; Muestra del 100 % (120), de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, un 6%(6) no presenta ningún control durante su embarazo, el 12 % (15) presentan 3 controles, el 17 % (21) presentan entre 4 y 5 controles prenatales y el 65 % (78) presentan mas de 6 controles durante su embarazo. De los resultados obtenidos se concluyó que no todas las pacientes acuden a los controles prenatales durante su embarazo. Esto demuestra el desconocimiento por parte de nuestra población sobre el tema de cuidados prenatales.

CUADRO N° 3

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LA PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	12	10%
URBANO	88	73%
URBANO-MARGINAL	20	17%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 3



Análisis: El cuadro 3; Muestra del 100 % (120), de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 10 % (12) es de procedencia rural, el 73 % (88), son de procedencia urbana y el 17 % (20) es de procedencia urbano-marginal.

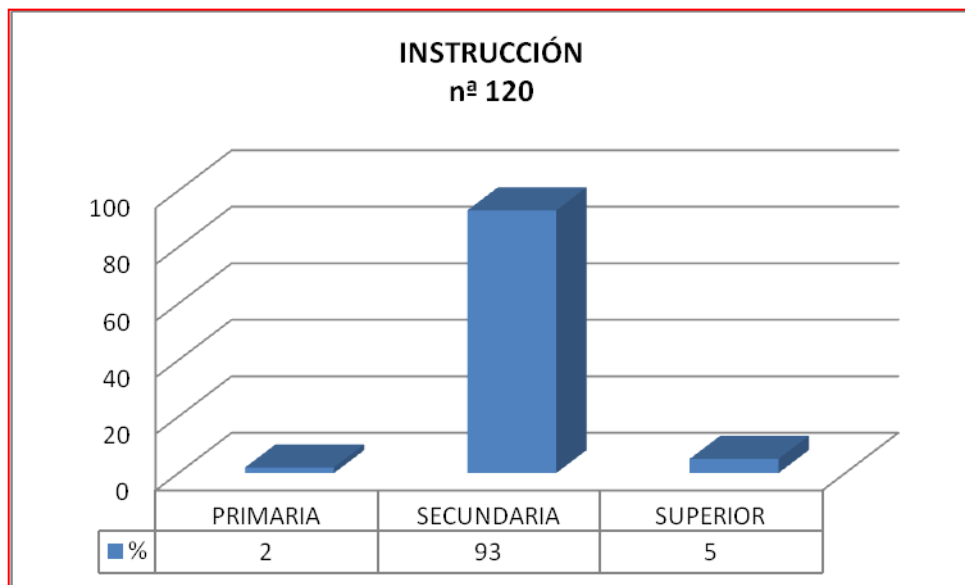
De los resultados obtenidos se concluyó que el 73% de las pacientes se encuentran en el perímetro urbano.

CUADRO N° 4

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LA INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	2	2%
SECUNDARIA	112	93%
SUPERIOR	6	5%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 4



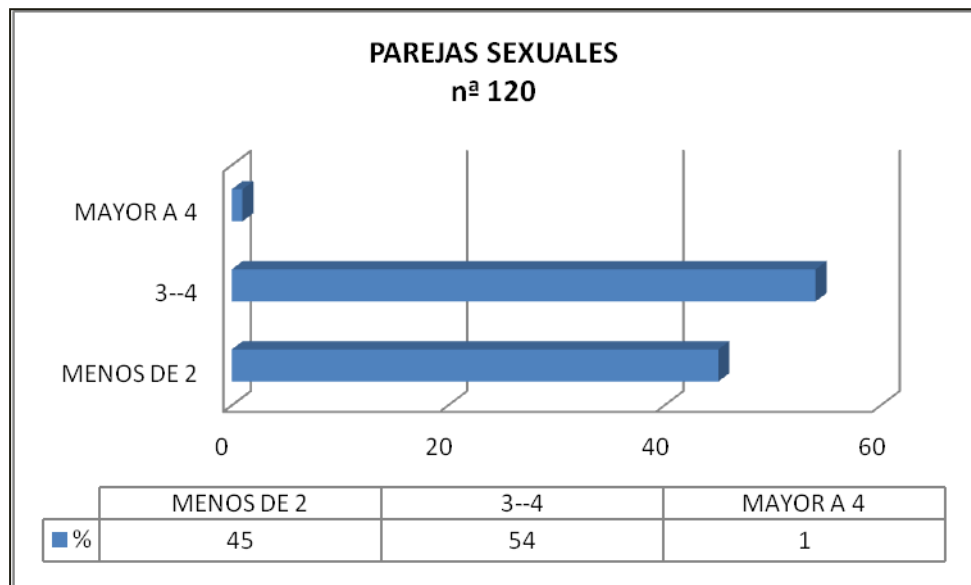
Análisis: El cuadro 4; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 2 % (2) es de instrucción primaria, el 93% (112) es de instrucción secundaria, el 5 % (6) es de instrucción superior. De los resultados obtenidos se concluyó que el 93% (112) de las pacientes cursaban estudios secundarios.

CUADRO N° 5

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LAS PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 2	54	45%
3—4	65	54%
MAYOR A 4	1	1%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 5



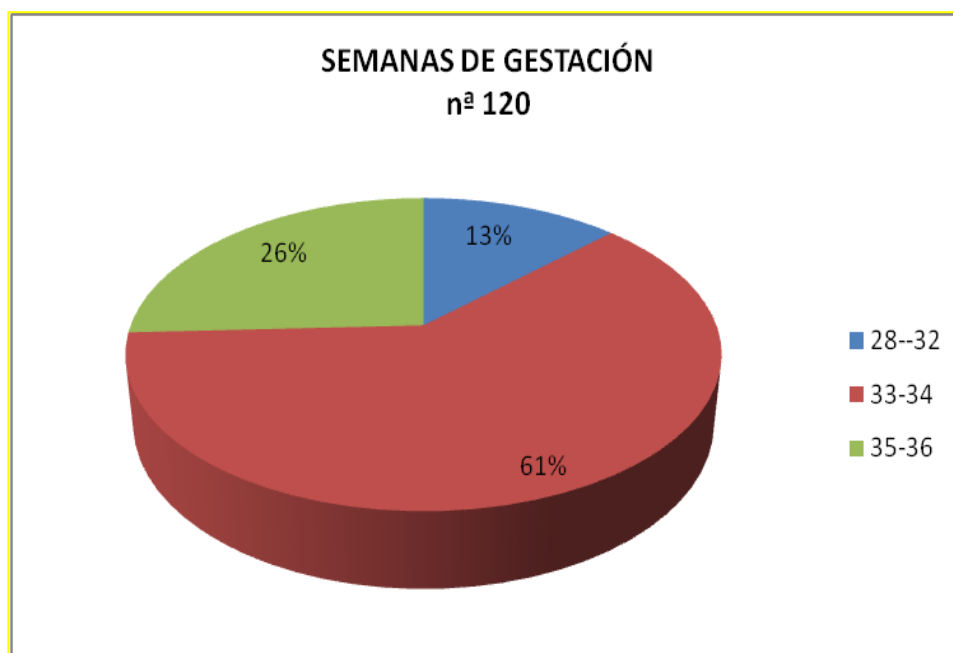
Análisis: El cuadro 5; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 45 % (54) ha tenido menos de 2 parejas, el 54 % (65) ha tenido entre 3 a 4 parejas y el 1 % (1) ha tenido más de 4 parejas. De los resultados obtenidos llama la atención el nivel de actividad sexual que presentaron las pacientes en nuestro estudio, tomando en consideración que nuestra muestra comprendía mujeres hasta los 19 años. Un 54% de las pacientes manifestaron que habían presentado 3 o 4 parejas sexuales.

CUADRO N° 6

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LAS SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
28—32	15	13%
33-34	74	62%
35-36	31	26%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 6



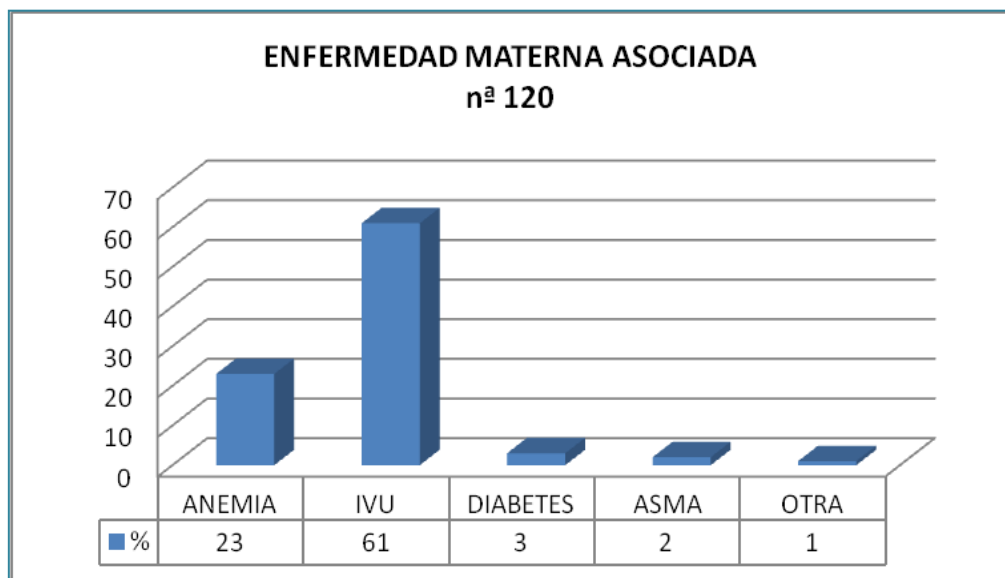
Análisis: El cuadro 6; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 13% (15) cursaban entre las 28 – 32 semanas de gestación, el 62 % (74) cursaban entre las 33 – 34 semanas, el 26 % (31) cursaban entre las 35 – 36 semanas. De los resultados obtenidos se concluyó que el 62% (74) de las pacientes cursaban entre las semanas 33-34 en el momento del estudio.

CUADRO N° 7

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES MATERNAS ASOCIADAS AL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013

ENFERMEDAD MATERNA ASOCIADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA	40	23%
IVU	71	61%
DIABETES	4	3%
ASMA	3	2%
OTRA	2	1%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 7



Análisis: El cuadro 7; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino con enfermedad materna asociada al embarazo, el 23 % (40) presentaron Anemia, el 61% (71) presentaron IVU, EL 3 % (4) presentaron Diabetes, el 2 % (3) presentaron Asma, el 1 % (2) presentaron otras enfermedades.

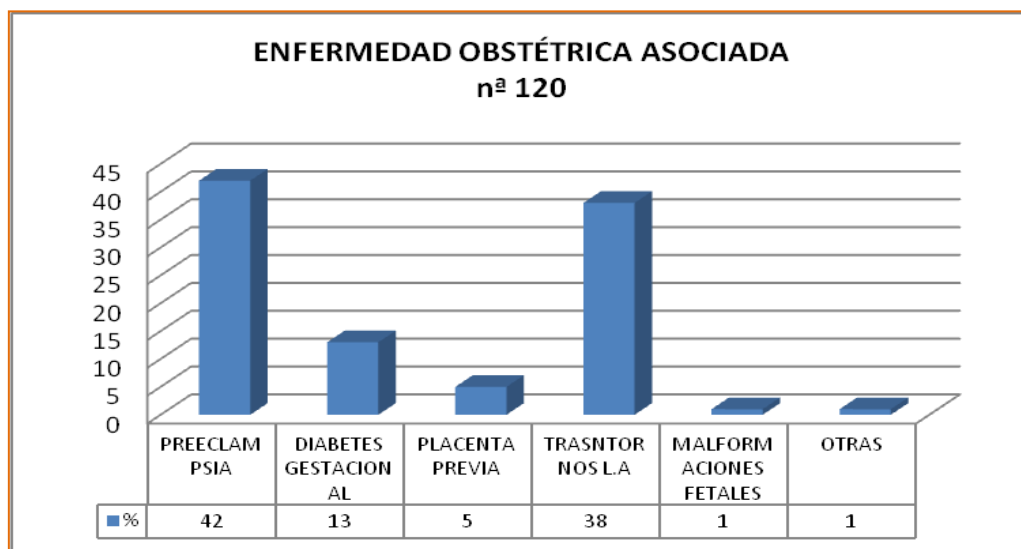
De los resultados obtenidos dentro de las enfermedades maternas asociadas más frecuentes estuvieron la Infección de Vías Urinarias con el 61 % y la Anemia con el 23% de los caso.

CUADRO N° 8

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LAS ENFERMEDADES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013

ENFERMEDAD OBSTÉTRICA ASOCIADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PREECLAMPSIA	48	42%
DIABETES GESTACIONAL	16	13%
PLACENTA PREVIA	6	5%
TRASNTORNOS L.A	46	38%
MALFORMACIONES FETALES	2	1%
OTRAS	2	1%
TOTAL	120	100

GRÁFICO N° 8



Análisis: El cuadro 8; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 42% (48) presentaron preeclampsia, el 13 % (16) presentaron Diabetes Gestacional, el 5% (6) presentaron placenta previa, el 38% (46) presentaron trastornos del Líquido Amniótico, el 1% (2) presentaron malformaciones fetales, el 1% (2) presentaron otras enfermedades obstétricas.

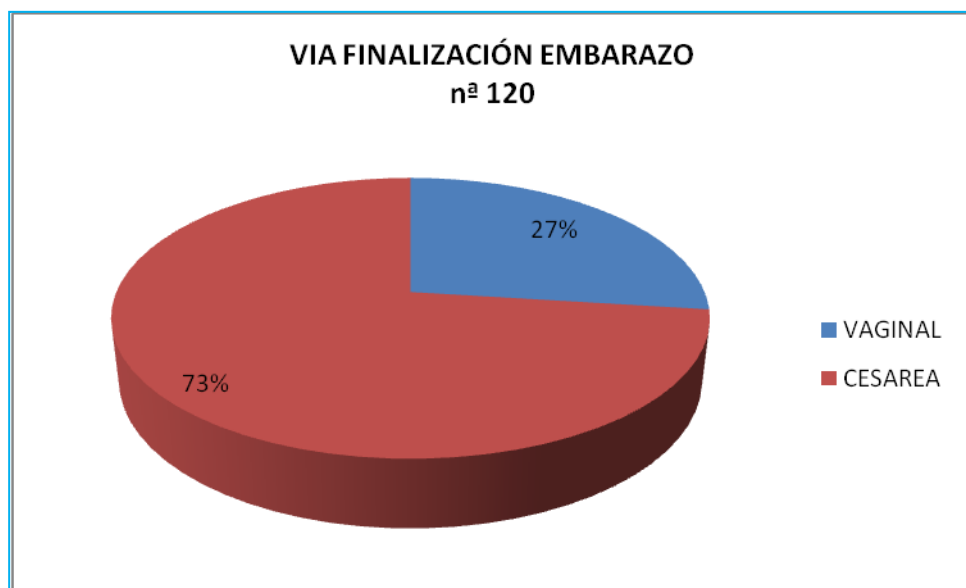
De los resultados obtenidos se concluyó que la Preeclampsia y los trastornos del líquido amniótico (Oligohidramnios o Polihidramnios) fueron los factores de riesgos obstétricos más frecuentes en nuestro estudio con un 42 % y 38% de los casos.

CUADRO N° 9

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013

VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINAL	32	27%
CESÁREA	88	73%
TOTAL	120	100

GRÁFICO N° 9



Análisis: El cuadro 9; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 27% (32) terminó su gestación por vía vaginal, EL 73% (88) terminó su gestación en Cesárea.

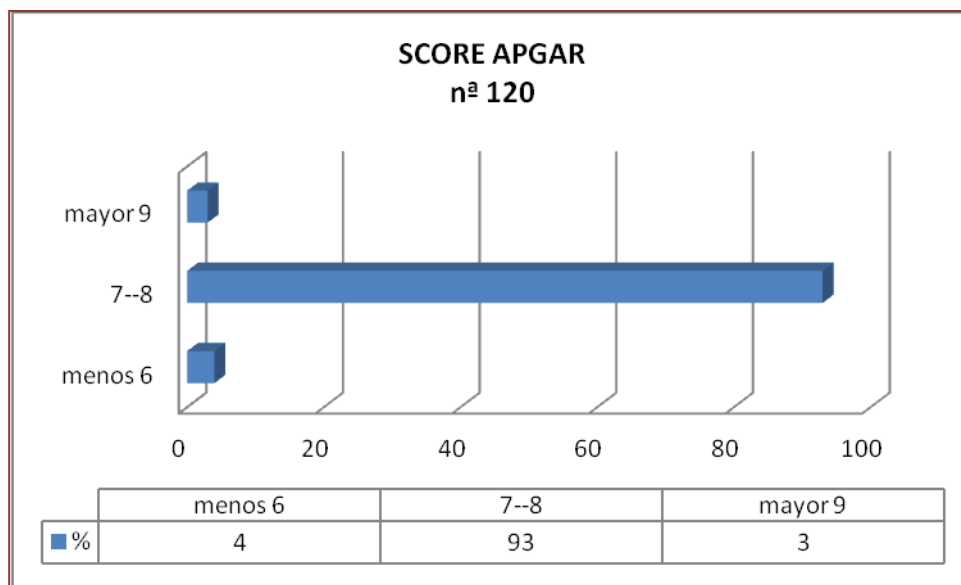
De los resultados obtenidos se concluyó que el 73% de los embarazos culminaron con cesárea como forma de finalización del embarazo.

CUADRO N° 10

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN AL SCORE APGAR DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

SCORE APGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
menos 6	5	4%
7—8	112	93%
mayor 9	3	3%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 10



Análisis: El cuadro 10; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 4% (5) los recién nacidos presentaron apgar menos de 6 puntos, el 93% (112) los recién nacidos presentaron entre 7 – 8 puntos de apgar, el 3% (3) presentaron apgar mayor a 9 puntos.

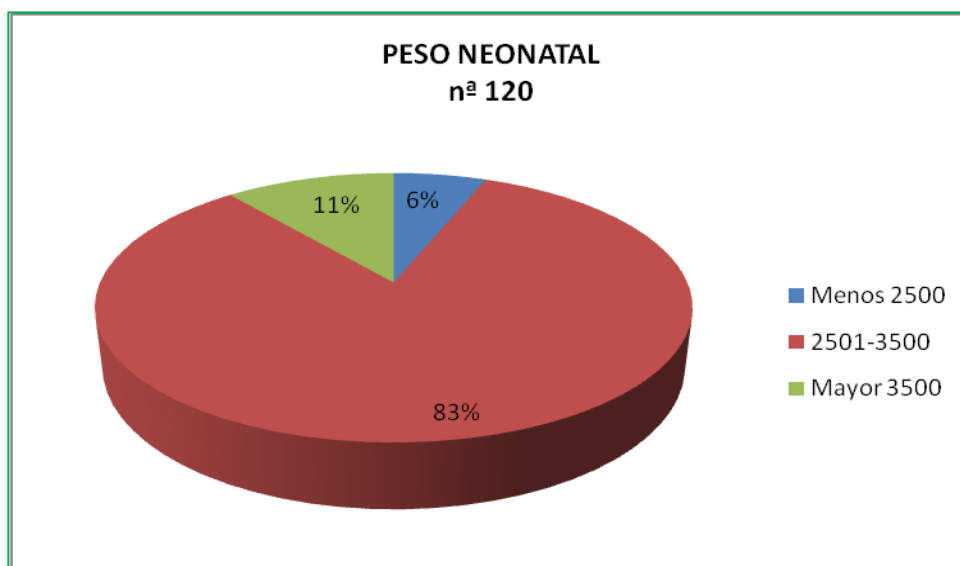
De los resultados obtenidos se concluyó que el 93% de los recién nacidos de las pacientes presentaban una buena puntuación APGAR al minuto, de 7 o 8 puntos.

CUADRO N° 11

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN AL PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013.

PESO NONATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos 2500	8	6%
2501-3500	100	83%
Mayor 3500	12	11%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 11



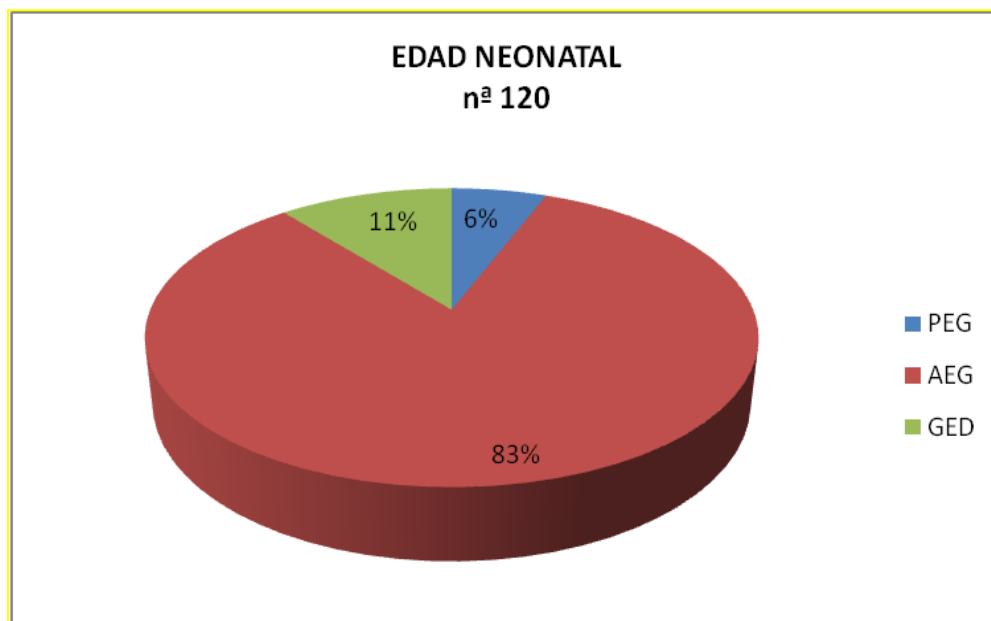
Análisis: El cuadro 11; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 6% (8) de los neonatos presentaron menos de 2500 gramos, el 83% (100) de los neonatos presentaron entre 2501 – 3500 gramos, el 11% (12) de los neonatos presentaron mayor de 3500 gramos. De los resultados obtenidos se concluyó que el 83% de los neonatos pesaron entre 2501 y 3500 gramos. El peso neonatal es un factor de morbi-mortalidad neonatal.

CUADRO N° 12

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LA EDAD NEONATAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO 2013

EDAD NEONATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PEG	54	6%
AEG	65	83%
GED	1	11%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N° 12



Análisis: El cuadro 12; Muestra del 100 % (120) de los casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 6% (54) de los neonatos eran pequeños para la edad gestacional, el 83% (65) fueron adecuados para la edad gestacional, el 11% (1) fueron grandes para la edad gestacional.

De los resultados obtenidos se concluyó que el 83% de los neonatos eran Adecuados para la Edad Gestacional en el presente estudio.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIÓN.

El total de 120 historias clínicas cumplían los criterios de inclusión, 2012 – 2013 (Septiembre – Febrero), en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, fue de 120 pacientes, las cuales se llegó a determinar los principales factores que desencadenan el Trabajo de Parto Pretérmino Del análisis de los resultados las conclusiones son las siguientes:

El grupo de edad donde el Trabajo de Parto Pretérmino es más frecuente es de 18 a 19 años de edad con un 73% de los casos.

El 65% de las encuestadas presentaban más de 6 controles prenatales durante su embarazo.

El 73% de las adolescentes embarazadas prevenían de zonas urbanas. El 93% de las pacientes estudiaban sección secundaria al momento de su embarazo.

Lo llamativo del estudio, es que por ser un universo de adolescentes. El 62% (74) de las pacientes cursaban entre las semanas 33-34 en el momento del estudio.

El 54% de las encuestadas mencionó que había tenido hasta 3 parejas sexuales en su vida. La Infección de vías Urinarias (IVU) 61% y la Anemia 23% fueron las patologías más frecuentemente presentadas por estas pacientes.

La Preeclampsia y los trastornos del Líquido amniótico (Oligohidramnios u Polihidramnios) fueron las patologías obstétricas más comunes con un 42% y 38% de los casos. El 73% de las pacientes fueron sometidas a cesárea segmentarea.

El 83% de los neonatos fueron Adecuados para la Edad gestacional (AEG). Sólo el 6% de los pacientes presentó APGAR de 6 puntos.

5.2 RECOMENDACIONES

- Asegurar la disponibilidad de los recursos en Hospitalización y/o Toco-Quirúrgico para dar una atención adecuada a estas pacientes; brindando consejería eficiente en materia de prevención a todas las usuarias para que ninguna abandone la institución y de esta forma lograr que nuestra atención siga abarcando cada vez a mayor cantidad de pacientes, y garantizar el 100% de sus controles en consulta externa.
- Capacitar periódicamente incrementando el número de capacitaciones al personal de la Salud (enfermeras, médicos u Obstetras) permanentes y rotativos en consejería sobre parto pretérmino, así como también en habilidades de comunicación interpersonal para alcanzar el nivel máximo de satisfacción a las usuarias externas y mejorar sosteniblemente la comunicación a todo nivel.
- Socializar los resultados con las autoridades del Hospital donde se realizó el estudio

6. PROPUESTA

IDENTIFICAR LAS COMPETENCIAS, RECURSOS Y COMPROMISOS DEL PERSONAL INVOLUCRADO PARA LA EJECUCION DE UNA PROPUESTA PARA PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGOS EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

PERSONAL	CAPACITACION	SEMINARIOS Y TALLERES	DIFICULTADES	QUE HACER PARA MEJORAR
OBSTETRIZ	SI (1 SOLA VEZ)	SI	FALTA DE COMIUNICACION	INCREMENTAR LA COMUNICACIÓN
MÉDICO	SI (1 SOLA VEZ)	SI	FALTA DE COMIUNICACION	CONCIENCIAR SOBRE LA IMPORTANCIA Y BENEFICIO DEL PROGRAMA PARA LA USUARIA.
ENFERMERA	SI (1 SOLA VEZ)	SI	NINGUNA	MANTENER LA COMUNICACIÓN Y COLABORACION PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA.

Análisis y discusión:

Siendo la interesada en la creación del programa, pude concluir que pudimos identificar los factores de riesgos en la población en estudio. Podemos ofrecer los beneficios del programa a las usuarias con un porcentaje aceptable (sólo 6 meses), a pesar de las limitaciones en cuanto a las capacitaciones dadas, la deficiencia en la comunicación entre los diversos profesionales, y que de ser aceptada la propuesta se podrá aumentar el porcentaje progresivamente hasta alcanzar las metas establecidas (100%). Uno de los objetivos de esta experiencia es afirmar con el paso de los años que el modelo de la identificación para los factores de riesgos resulta adecuado desde el punto de vista técnico medico y administrativo, porque contempla diversos aspectos del tratamiento del problema con muchas ventajas para la usuaria y las instituciones públicas de salud, generalmente carentes de recursos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1) American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm labor. Committee opinion N° 206. Washington, D.C.: ACOG, 2008.
- 2) American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm labor. Committee opinion N° 321. Washington, D.C.: ACOG, 2009.
- 3) Cannon A. An assessment of key aetiological factors associated with preterm birth and perinatal mortality. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2011; 32:200-3.
- 4) Heffner L. Clinical and environmental predictors of preterm labor. Obstet Gynecol 2009; 81(Pt 1):750-7.
- 5) Hueston W. The effectiveness of preterm-birth prevention educational programs for high-risk women: a metaanalysis. Obstet Gynecol 2011; 86:705-12.
- 6) Kamineszky Y. Obstetricia y perinatología. Principios y práctica. Primera edición. Reimpresión, 2012; 2:1460.
- 7) Oyarzún E. Parto Prematuro. Clínicas Perinatológicas Argentinas 2007; 1:32-76.
- 8) Terzidou D. Preterm Labour. Current opinion in Obstetrics and Gynecology 2007; 14: 105-113.
- 9) Scwarcz R, Sala, Duverges. Obstetricia. Octava edición, 2007:218.
- 10) Uranga Imaz F. Obstetricia práctica. Novena edición, 2007: 400.
- 11) Von Der Pool B. Preterm Labor: Diagnosis and Treatment. American Academy of Family. May 15 2008. <http://www.aafp.org/afp/980515ap/vonderp.html> 7/12/2000.

- 12) <http://aprendiendosobreembarazoprecoz.blogspot.com/2007/11/factores-que-influyen-para-que-una.html>
- 13) Tratado de ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ... - Página 75
a. books.google.com.ec/books?isbn=8479780924
- 14) **Obstetricia** clínica / Clínica Obstetrics - Página 987
- 15) norma y protocolo materno del ministerio de salud pública agosto 2008 página 202-214
- 16) norma y protocolo materno del ministerio de salud pública agosto 2008 página 216-224
- 17) norma y protocolo materno del ministerio de salud pública agosto 2008 página 234
- 18) norma y protocolo materno del ministerio de salud pública agosto 2008 página 234.
- 19) <http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/com>.
- 20) norma y protocolo materno del ministerio de salud pública agosto 2008 página 118
- 21) norma y protocolo materno del ministerio de salud pública agosto 2008 página 126
- 22) www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_oligoamnios.ph
- 23) <http://www.slideshare.net/CarolinaOchoa2/infeccion-de-vas-uritarias-embarazo>
<http://espanol.babycenter.com/a900772/infeccion-de-las-vas-uritarias-durante-el-embarazo#ixzz2WtMyIhc>
- 24) Ginecología y Obstetricia texto integrado 8va edición Botero año 2008.
- 25) <http://www.monografias.com/trabajos62/neonatos-bajo-peso/neonatos-bajo-peso.shtml#ixzz2WtW4YaVE>
- 26) Ginecología y Obstetricia texto integrado 8va edición Botero año 2008.
- 27) http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescentes.wikipedia.org/wiki/Incidencia.
- 28) Ginecología y Obstetricia texto integrado 8va edición Botero año 2008.
- 29) www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en...
www.tesismonografias.net/tesis-del-embarazo-en-la-adolescencia.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia N°:

Fecha: _____ Hora: _____

Características Personales:

1) Edad:

2) Procedencia:

Urbana:

Rural:

3) Instrucción:

Primaria

Secundaria

Superior

Características Obstétricas de las Adolescentes

4) Edad Gestacional: _____

5) Número de Parejas Sexuales:

1 Pareja

2 Parejas

Más de 2 Parejas

Controles Prenatales:

1. Ningún Control
2. 3 Controles
3. 4 – 5 Controles
4. Más de 6 Controles

6) Enfermedad Materna Asociada

1. Anemia: _____
2. Diabetes: _____
3. IVU: _____
4. Infección vaginal: _____
5. Asma: _____
6. Otra: _____

7) Enfermedades Obstétricas Asociadas

1. Preeclampsia: _____
2. Diabetes gestacional: _____
3. Placenta previa: _____
4. Trastornos de líquido amniótico: _____
5. Malformaciones fetales: _____
6. Otra: _____

8) Resultante neonatal:

1. Apgar:
2. Talla:
3. Peso:
4. AEG/GED/PEG

ANEXO 2

Guayaquil, 14 de Enero del 2013

Dr.

LUIS HIDALGO

DIRECTOR DEL HOSPITAL

GINECO – OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

Ciudad.

De mi consideración:

Yo, **RUDY ANAÍS OLAYA GUZMÁN** con C.I. 070587336-2, interna de la escuela de Obstetricia, solicito a usted muy respetuosamente se me conceda la autorización para obtener datos estadísticos a realizar el trabajo de tesis cuyo tema es **FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS** a realizarse durante el periodo de Septiembre 2012 a Febrero 2013 en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

De antemano se agradece muy respetuosamente la acogida de esta solicitud.

Atentamente

RUDY ANAÍS OLAYA GUZMÁN

C.I. 070587336-2

ANEXO 3
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

#	ACTIVIDAD	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEBR	MARZ	ABR.	MAY	JUN	JUL
1	Elaboración y presentación del tema para aprobación y asignación del tutor	X										
2	Revisión bibliográficas		X	X	X	X						
3	Presentación del anteproyecto al tutor.						X					
4	Recolección de datos						X	X	X	X		
5	Procesamiento y análisis de datos.									X	X	
6	Elaboración del informe final.										X	
7	Entrega de tesis a la secretaria del internado.											X
8	Sustentación.											X

ANEXO 4
PRESUPUESTO

TRANSPORTE DE SALIDA:	40.00
TRANSPORTE DE REGRESO:	40.00
CALCULADORA:	10.00
BOLÍGRAFOS:	2.00
LÁPICES:	0.50
BORRADOR:	0.25
UNA LIBRETA:	1.00
VISITAS AL INTERNET:	40.00
COPIAS DE TEXTOS:	3.00
IMPRESIONES BLANCO Y NEGRO	8.00
IMPRESIONES A COLOR	15.00
ANILLADO	5.00
TOTAL	164.75