



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

TEMA:

**AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN
PRIMIGESTAS DE 11 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL
MATERNO DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL.**

AUTORES:

**JORGE GABRIEL GONZÁLEZ BRAVO
GISELA GEOVANNA ROMERO SOLIS**

TUTOR

DR LUIS HIDALGO

AÑO LECTIVO

2016-2017

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

Guayaquil, Viernes 21 de abril de 2017

Srta.

Directora de la carrera

Obstetriz Delia Crespo Antepara MSC.

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El informe correspondiente a la tutoría realizada al trabajo de titulación AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PRIMIGESTAS DE 11 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO DRA. MATILDE HODALGO DE PROCEL de los estudiantes GISELA GEOVANNA ROMERO SOLIS y JORGE GABRIEL GONZÁLEZ BRAVO, indicando que han cumplido con todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes:

- ✓ El trabajo es el resultado de una investigación
- ✓ El estudiante demuestra conocimiento profesional integral
- ✓ El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento
- ✓ El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento

Adicionalmente se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que los estudiantes están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente

Dr. LUIS HIDALGO HIDALGO

TUTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Analysed by Plagius - Plagiarism Detector 2.3.4 21 April 2017 14:15

Result of analysis

File: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.pdf

Statistics

Suspicious expressions on the Internet: **7.87%**

Percentage of expressions found on the internet

Suspicious validated: **0%**

Confirmed the existence of the sentences in the
urls

Analysis success: **99.42%**

*Percentage of successful searches, indicates the quality
of the analysis, bigger is better.*

Urls most relevant

URL

Occurrences

Similarity

<https://www.slideshare.net/jfvaloy/parto-pretrmino-68015796>

37

13.68 %

<http://esdocs.com/doc/404912/manejo-de-la-paciente-con-riesgo-de-parto-prematuro>

35

0.18 %

https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/manejo_de_la_paciente_con_riesgo_de_parto_prematuro.pdf

34

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es>

19

5.91 %

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3729/1/T-UCE-006-70.pdf>

19

<http://docplayer.es/238867-Protocolo-parto-pretermino-elaborado-por-dr-guillermo-vergara-sagbini-sub-gerencia-cientifica-ese-clinica-maternidad-rafael-calvo.html>

13

14.99 %

Analysed text

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE OBSTETRICIA TEMA: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PRIMIGESTAS DE 11 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL.

AUTORES:

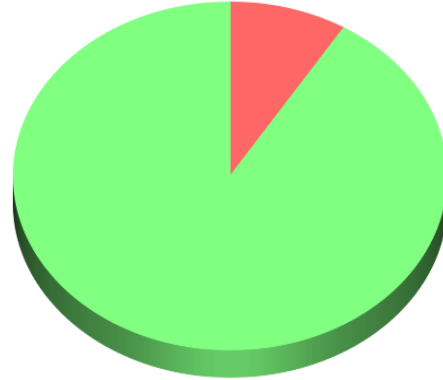
JORGE GABRIEL GONZÁLEZ BRAVO

GISELA GEOVANNA ROMERO SOLIS

TUTOR

DR LUIS HIDALGO

AÑO LECTIVO 2016-20



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

Guayaquil, Viernes 21 de abril de 2017

Srta.

Directora de la carrera

Obstetriz Delia Crespo Antepara MSC.

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del trabajo de titulación AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PRIMIGESTAS DE 11 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO DRA. MATILDE HODALGO DE PROCEL de los estudiantes GISELA GEOVANNA ROMERO SOLIS y JORGE GABRIEL GONZÁLEZ BRAVO.

Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue realizado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- ✓ El título tiene un máximo de 20 palabras
- ✓ La memoria escrita se ajusta a la escritura establecida
- ✓ El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la facultad
- ✓ La investigación es pertinente con la línea y sub líneas de investigación de la carrera
- ✓ Los soportes teóricos son de máximo 5 años
- ✓ La propuesta presentada es pertinente

Cumplimiento con el reglamento de régimen académico:

- ✓ El trabajo es el resultado de una investigación
- ✓ El estudiante demuestra conocimiento profesional integral
- ✓ El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento
- ✓ El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluido esta revisión considero que los estudiantes GISELA GEOVANNA ROMERO SOLIS y JORGE GABRIEL GONZÁLEZ BRAVO están aptos para continuar el proceso de titulación particular que comunicamos a Ud. para los fines pertinentes.

Atentamente,
MSc. FELIX MORAN
DOCENTE TUTOR REVISOR



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

Quienes suscribimos la presente CERTIFICAMOS que el trabajo de titulación AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PRIMIGESTAS DE 11 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL, cuya autoría corresponde a GISELA GEOVANNA ROMERO SOLIS Y JORGE GABRIEL GONZÁLEZ BRAVO ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la CARRERA DE OBSTETRICIA como requisito parcial para obtener el título de OBSTETRA.

Dra. Marcela Vasconez Martínez, MSc.
0200332245
PRESIDENTA

Obst. Kerly Zambrano Macías, MSc
1307268878
SECRETARIA

Obst. Cruz Zerna Bravo, MSc
0910733906

DECLARACIÓN DE AUTORÍA



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PRIMIGESTAS DE 11 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL.		
AUTOR/ES:	REVISORES:	
<ul style="list-style-type: none"> • GONZÁLEZ BRAVO JORGE GABRIEL. • ROMERO SOLÍS GISELA GEOVANNA. 	<ul style="list-style-type: none"> • DR. LUIS HIDALGO. • MSc. FÉLIX MORAN. 	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	
CARRERA: OBSTETRICIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	N. DE PAGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS:		
PALABRAS CLAVE: - Amenaza de Parto Pretérmino –Factores de riesgo–Prematurez.		
RESUMEN: El presente trabajo de investigación fue realizado en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” desde el mes de Septiembre del 2.016 a Febrero del 2.017. El objetivo de la investigación fue: Identificar los principales factores de riesgo materno asociados a: Amenaza de parto pre término, en primigestas de 11 a 19 años de edad, El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el Ecuador la implementación de políticas sanitarias y de protección social, han garantizado la gratuidad de los servicios de salud, además de la implementación de guías de práctica clínica y normativas nacionales ha logrado que actualmente el país se encuentre entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. Al seleccionar y plantear el trabajo de investigación, se maximizó la validez y la confiabilidad de la información para reducir los errores en los resultados. Por lo que primero se definió el tipo de estudio a realizar; el cual se definió preliminarmente desde la etapa de identificación y formulación del problema. El tipo de investigación basado en los fundamentos de epidemiología y estadística en salud es de tipo: Observacional, Descriptivo, De serie de casos, Transversal.		
N. DE REGISTRO (en base de datos):	N. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono: 0990896495 – 0994073172	E-mail: giselar_1990@hotmail.com yeor_yi93@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	Nombre: HOSPITAL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL.	
Teléfono:		
E-mail:		

DEDICATORIA

A DIOS

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A NUESTROS PADRES

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor.

AGRADECIMIENTO

Con amor, respeto y admiración agradecemos a nuestros padres y familiares cercanos, por brindarnos su apoyo incondicional, para que el día de hoy cumplamos con un objetivo más en nuestras vidas.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN:.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	3
1.2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:	3
1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:.....	5
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	5
1.5. EVALUACIÓN DEL PROBLEMA:.....	6
1.6. JUSTIFICACIÓN:	7
1.7. VIABILIDAD:.....	7
1.8. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS:	7
1.8.1. OBJETIVO GENERAL:	7
1.8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
1.9. HIPÓTESIS:	8
1.10. VARIABLES:	8
1.10.1. VARIABLE DEPENDIENTE.....	8
1.10.2. VARIABLES INDEPENDIENTES.	8
CAPÍTULO II.....	9
2.1. MARCO TEÓRICO:	9
2.1.1. FRECUENCIA.....	10
2.1.2. ETIOLOGÍA.....	10
2.1.3. DIAGNÓSTICO.....	11
2.1.4. TRATAMIENTO.....	12
CAPÍTULO III.....	24
3.1. MATERIALES:	24
3.1.1. LOCALIZACIÓN.....	24
3.1.2. PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.3. RECURSOS A EMPLEAR.....	24
3.1.4. UNIVERSO.....	25
3.1.5. MUESTRA.....	25
3.2. MÉTODO:	25
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	26

3.2.3.	PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.2.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	29
3.2.4.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
3.2.4.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	30
3.2.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	31
3.2.6.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	32
3.2.7.	ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS.....	33
CAPÍTULO IV.....		34
4.1.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN:.....	34
CAPÍTULO V.....		39
5.1.	CONCLUSIONES.....	39
5.2.	RECOMENDACIONES.....	40
5.3.	PROPUESTA.....	41
5.3.1.	JUSTIFICACIÓN.....	41
5.3.2.	OBJETIVO GENERAL.....	41
5.3.3.	DESCRIPCIÓN.....	41
CAPÍTULO VI.....		42
6.1.	BIBLIOGRAFÍA.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD, DE PACIENTES ENTRE 11 A 19 AÑOS, CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	34
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA DESCENDENANTE, DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	35
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	36
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA INFECCIOSA ASOCIADA A AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	37
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE PRODUCIDA LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	38

ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD, DE PACIENTES ENTRE 11 A 19 AÑOS, CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	34
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA DESCENCADENANTE, DE PACIENTES ENTRE 11 A 19 AÑOS, CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	35
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	36
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA INFECCIOSA ASOCIADA A AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.	37
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE PRODUCIDA LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.....	38

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino, tanto a nivel mundial como a nivel local, tiene incidencias significativas y graves complicaciones, por lo que su estudio constituye una herramienta investigativa para identificar dentro de una población de estudio específica aquellos factores de carácter biológico materno predisponentes para amenaza de parto pretérmino. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de secuencia transversal, se revisaron 83 casos de adolescentes con amenaza de parto pretérmino, donde las mujeres entre 15 a 19 años presentaron la incidencia más alta de amenaza de parto pretérmino con un (62.65%), las causas infecciosas fueron el principal desencadenante para amenaza de parto pretérmino en pacientes entre 11 a 19 años, con (61.45%), seguido de poli hidramnios (24.10%), casusas de tipo hemorrágico (6.02%), causas traumáticas (4.82%), malformación fetal (2.41 %) y consumo de sustancias con el (1.20%). De las causas infecciosas predisponentes para amenaza de parto pretérmino, la infección de vías urinarias bajas representó el pico más alto con un (62.75%), la edad gestacional promedio al momento de la amenaza de parto pretérmino tuvo su pico máximo en embarazos de 34 a 36 semanas con un (66.27 %).

Palabras claves:

Parto prematuro, Embarazo, Primigesta, Amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

The threat of preterm birth, both at the global and local levels, has significant incidents and serious complications, so that its study is a research tool to identify within a specific study population those maternal biological factors predisposing to threat of Preterm birth. A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out, 83 cases of adolescents with preterm labor were reviewed, where women between 15 and 19 years old had the highest incidence of preterm labor (62.65%), Infectious causes were the main trigger for the threat of preterm birth in patients between 11 and 19 years of age (61.45%), followed by polyhydramnios (24.10%), haemorrhagic casts (6.02%), traumatic causes (4.82%), Fetal malformation (2.41%) and substance use (1.20%). Of the infectious causes predisposing to the threat of preterm labor, low urinary tract infection represented the highest peak with a (55.81 and average gestational age at the time of the threat of preterm birth had its peak peak in pregnancies from 34 to 36 Weeks with a (66.27%).

Keywords:

Preterm birth, Pregnancy, Primigesta, Threat of preterm labor.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones uterinas por lo menos 3 en 30 minutos, sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas de gestación.

La etiología de la amenaza de parto pretérmino, depende de diversos factores tales como: El bajo nivel socio- económico, la edad, el nivel nutricional, malformaciones uterinas, abortos anteriores, stress psicológico, invasión del tracto genital inferior por diversos microorganismos como: chlamydia trachomatis, urea plasma urealiticum, estreptococos del grupo B, gardnerellavaginalis, trichomonavaginalis, entre otras, han sido asociados a la aparición de parto prematuro(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

En América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 135,000 por prematuridad. La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta un 60% de los sobrevivientes tiene discapacidades neurológicas. (TRONNES & WILCOX, 2014). El parto prematuro es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es de aproximadamente 8 a 10% del total de partos a nivel mundial. Es considerado esencialmente una enfermedad social, lo que explica que países pobres, o las minorías postergadas de otros, presenten cifras de incidencia superiores al 20% de los partos.

Debido al alto impacto que tiene la amenaza de parto pretérmino, los autores decidieron realizar dicho estudio en el Hospital Materno: “Matilde Hidalgo de Procel”, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a dicha patología, en base a un estudio que en función de los principios de epidemiología y estadística es de tipo descriptivo, prospectivo, de secuencia transversal, cuyo contexto de redacción fue dividido en capítulos en los que de forma secuencial se explica el problema a investigar, la delimitación, justificación y viabilidad del trabajo de investigación. En el capítulo segundo se describe en base a bibliografía actualizada los mecanismos fisiopatológicos involucrados u asociados a la génesis de la amenaza de parto pretérmino, así como la descripción de protocolos de actuación. En el tercer capítulo se describe los materiales, población de estudio y reseña metodológica del mismo. En el cuarto capítulo se exponen los resultados obtenidos los cuales en base a criterios de inclusión, se revisaron 83 casos de adolescentes con amenaza de parto pretérmino,

donde las mujeres entre 15 a 19 años presentaron la incidencia más alta de amenaza de parto pretérmino con un (62.65%), las causas infecciosas fueron el principal desencadenante para amenaza de parto pretérmino en pacientes entre 11 a 19 años, con un (51.81%), de las causas infecciosas predisponentes para amenaza de parto pretérmino, la infección de vías urinarias bajas representó el pico más alto con un (55.81) y la edad gestacional promedio al momento de presentarse la amenaza de parto pretérmino tuvo su pico máximo en embarazos de 34 a 36 semanas con un (66.27 %). En el capítulo cinco se exponen los resultados obtenidos y las conclusiones obtenidas, para finalmente en el capítulo seis se cita la bibliografía base, fuente de referencia para la elaboración de esta investigación.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ecuador tiene actualmente una población estimada de alrededor de 16 millones de habitantes y el número de nacidos vivos cada año es de 300.000 Sin embargo, la mortalidad neonatal y su morbilidad asociada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año. En consecuencia, constituye un desafío para los servicios públicos de salud del país. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO (INEC), 2012). Se estima que cerca del 70% de esas defunciones de menores de 28 días ocurre en la primera semana de vida. Los RN de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 gramos al nacer) representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 40% de la mortalidad infantil. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, 2013, pág. 45)

A pesar de que se ha logrado disminuir su frecuencia, debido a las mejoras existentes en prácticas de fertilidad y el aumento de estrategias que buscan la prevención de esta patología; sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil, lo que ocasiona secuelas a corto y largo plazo, y lo convierte en una importante problema de salud pública.

La amenaza de parto pretérmino, continúa siendo una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y de gran repercusión dentro del sistema de salud cuya incidencia en el hospital donde se realizó nuestro estudio (Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel), mantiene la misma tendencia, a pesar de la protocolización e implementación de guías nacionales, acceso gratuito a la salud e inversión social. Además las complicaciones neonatales que de ella derivan, para el obstetra es un reto la prevención de la ruptura prematura de membranas.

1.2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino continúan siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los protocolos de atención establecidos a escala mundial, por lo que constituye un problema de salud pública y a la vez un retoprioritario en los sistemas de salud de los países emergentes donde es más frecuente. Se estima que cerca del 70% de esas defunciones de menores de 28 días ocurre en la primera semana de vida. Los RN de muy bajo peso de nacimiento (menos

de 1.500 gramos al nacer) representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 40% de la mortalidad infantil.

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y de fácil implementación, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive.(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016)

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.

Las principales causas identificables de amenaza de parto pretérmino son: las infecciones vaginales y urinarias, los antecedentes de aborto de embarazos anteriores y de partos prematuros, así como también se encontró el peso materno deficiente, el hábito de fumar, la hipertensión arterial y la ganancia de peso baja durante el embarazo.

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.

El parto prematuro constituye un problema de salud a nivel mundial, representa el 75% de la morbilidad y mortalidad infantil neonatal. Con el objetivo de conocer la distribución, frecuencia y principales factores de riesgos que condicionan la amenaza de partos prematuros, se realizó una investigación descriptiva. El universo estuvo constituido por todas la mujeres que presentaron amenaza de parto prematuro que acudieron al Hospital Materno: Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO:	SALUD
ÁREA:	OBSTETRICIA
ASPECTO:	METODOLÓGICO, CIENTÍFICO, INVESTIGATIVO.
TEMA:	“AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PRIMIGESTAS DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL MATERNO: DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”.
TIEMPO:	PERIODO DE 6 MESES. DE: SEPTIEMBRE DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017.
LUGAR:	HOSPITAL MATERNO: “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ ¿Cuál es la incidencia de: Amenaza de parto pretérmino, en mujeres embarazadas primigestas de 11 a 19 años atendidas en el hospital materno: “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”?
- ✓ ¿Cuáles son las causas maternas frecuentes, más comunes asociadas a: Amenaza de parto pre término, en mujeres embarazadas primigestas de 11 a 19 años atendidas en el hospital materno: “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”?
- ✓ ¿Qué relación existe entre el número adecuado de controles prenatales y la incidencia de: Amenaza de parto pretérmino, en mujeres embarazadas primigestas

de 11 a 19 años atendidas en el hospital materno: “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”?

- ✓ ¿Determinar si existe correlación entre los diferentes grupos etarios de la población de estudio y Amenaza de parto pretérmino, en mujeres embarazadas primigestas de 11 a 19 años atendidas en el hospital materno: “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”?
- ✓ ¿Rediseñar un protocolo de atención médico clínico y profiláctico para la atención de amenaza de parto pretérmino, disminuirá las complicaciones materno-neonatales?

1.5. EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ CLARO.- Porque apunta a una necesidad real, que requiere de la intervención inmediata y enérgica para evitar complicaciones materno-neonatales.
- ✓ EVIDENTE.- Porque las cifras estadísticas tanto regionales como locales demuestran las complicaciones derivadas del mismo, tanto en mortalidad y morbilidad con altos repercusiones sanitarias, logísticas, sociales y económicas.
- ✓ CONCRETO.- Porque forma parte de un contexto, en base a una serie de sucesos desencadenantes que pueden ser intervenidos.
- ✓ RELEVANTE.- Porque la morbimortalidad materno neonatal, es una problemática de interés público, con naturaleza prioritaria dentro de las políticas de sanitarias a través de su cartera de estado como lo es el Ministerio de Salud Pública así como también en ámbitos de materia y protección social.
- ✓ ORIGINAL.- Porque se conoce el problema a tratar y los resultados aún son insatisfactorios para establecer paralelismo con países de primer mundo donde se cumple el rango internacionalmente aceptado de muerte y complicaciones materno neonatales.
- ✓ FACTIBLE.- Porque las políticas de estado garantizan la salud y acceso gratuito a todos y todas las y los ecuatorianos, y producto de ello la inversión en infraestructura equipamiento y recursos humanos favorecen su viabilidad.

1.6. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se realizó con la finalidad describir como los factores de riesgo materno (edad, infecciones previas, desnutrición, número de controles prenatales, etc), se asocian con la presentación de Amenaza de Parto Pretérmino en mujeres primigestas juveniles de 11 a 19 años de edad, atendidas en el del Hospital Materno: “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”.

Dicho conocimiento ayudará a prevenir complicaciones a la madre y al neonato, a través de una vigilancia más intensa de los síntomas y signos clínicos asociados a Amenaza de Parto Pretérmino, ya que el número de casos a escala global asociados a: Paridad prematura, complicaciones maternas y neonatales, en países emergentes ha convertido a ésta problemática en una prioridad sanitaria.

La amenaza de parto pretérmino, tanto a nivel mundial como a nivel local, tiene incidencias significativas y graves complicaciones, por lo cual el presente estudio se justifica como herramienta investigativa para identificar dentro de una población de estudio específica aquellos factores de carácter biológico materno predisponentes para amenaza de parto pretérmino.

1.7. VIABILIDAD

El proyecto de investigación es viable, ya que se cuenta con todos los recursos necesarios para realizarse tanto económicos, humanos y materiales y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. El estudio se lo hará por medio de la revisión de carpetas de las pacientes primigestas entre 11 y 19 años de edad que ingresaron con: Amenaza de parto pretérmino, al Hospital Materno: DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL, en un intervalo de seis meses (Septiembre de 2016 a Febrero de 2017), disposición dada por la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de Guayaquil.

1.8. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.8.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales factores de riesgo materno asociados a Amenaza de parto pretérmino, en primigestas de 11 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital Materno: “Dra. Matilde Hidalgo De Procel”.

1.8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conocer la incidencia de Amenaza de Parto Pretérmino en primigestas de 11 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital Materno: Dra. Matilde Hidalgo De Procel.
- ✓ Identificar las causas más comunes asociadas a Amenaza de Parto Pretérmino en primigestas de 11 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital Materno: Dra. Matilde Hidalgo De Procel.
- ✓ Determinar la relación existente entre el número adecuado de controles prenatales y Amenaza de Parto Pretérmino en primigestas de 11 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital Materno: Dra. Matilde Hidalgo De Procel.
- ✓ Conocer la edad gestacional en que se presenta con mayor frecuencia la amenaza de parto pretérmino.

1.9. HIPÓTESIS

La asociación entre varios factores de riesgo materno conllevan a la presencia de amenaza de parto pretérmino en primigestas de 11 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital Materno: Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

1.10. VARIABLES

1.10.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- Amenaza de parto pre término.

1.10.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Controles prenatales.
- Infecciones en el tercer trimestre del embarazo.
- Edad gestacional.
- Edad materna

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

“La amenaza de parto pre-término, como afirma: DOOD (2005) “Es la aparición de contracciones uterinas regulares, con un intervalo menor de 10 minutos, en una gestante con menos de 37 semanas de amenorrea”(pág. 47). Con fines de manejo e investigación se agrega a la definición que debe existir: BALBACHAN & BERARDO, (2002) “Presión de la presentación fetal en el segmento uterino inferior e inicio de modificaciones en el cervicales, señalando con borramiento del cérvix del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm” (pág 859).

AMNIOCENTESIS: Es una prueba prenatal común que consiste en extraer una pequeña muestra del líquido amniótico que rodea al feto para examinarlo. Se utiliza para diagnosticar, o con mucha mayor frecuencia, descartar la presencia de ciertos defectos congénitos y trastornos genéticos.

CORIOAMNIONITIS: Es una infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico. Es poco frecuente, se presenta en un 1-2% de todos los embarazos, pero es más común en los partos prematuros puesto que la corioamnionitis puede causar bacteriemia (infección en la sangre) en la madre y provocar un parto prematuro y una grave infección en el neonato.

CORTICOTROFINA: Hormona adrenocorticotropa, también llamada corticotrofina. Se considera que es una “estimulina”. Se origina por la secreción de células de la adenohipófisis y actúa sobre la corteza suprarrenal.

PROSTANGLANDINAS: Hormonas derivadas del ácido araquidónico que se hallan especialmente en el líquido seminal, pero también en el cerebro, timo y pulmones. Poseen funciones muy diversas: regulan la contracción de la musculatura lisa, la agregación de las plaquetas, intervienen en los procesos inflamatorios, pueden provocar una disminución de la presión sanguínea y controlan la circulación cerebral, respiratoria, renal, digestiva, etcétera.

UTEROINHIBIDORES: Los medicamentos uteroinhibidores son aquellos, fármacos que ayudan a reducir la actividad uterina por medio de sus propiedades farmacológicas, y por lo tanto, ayudan a disminuir la probabilidad de un parto pretérmino.

MANIOBRA DE TARNIER: Maniobra utilizada en Obstetricia, se caracteriza en la compresión manual del abdomen materno con el fin de movilizar el polo fetal y facilitar así la salida del LA, utilizado en la rotura de membranas.

2.1.1. FRECUENCIA

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con (4,1 %). Paradójicamente, la primera causa de mortalidad infantil en el país, según datos del INEC, es la duración corta de la gestación. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO (INEC), 2012).

En países en vías de desarrollo como Ecuador, el nacimiento pretérmino también está relacionado a costos incrementados en materia de atención de salud, así como en cifras de altas de morbilidad neonatal. Además los reportes dieron cuenta de una incidencia creciente en la presentación de dicho síndrome clínico a nivel de los Hospitales Enrique Garcés, Pablo Arturo Suárez y Maternidad Isidro Ayora en Quito que va desde cifras en 1981: 5,45%, 1982: 7,93%, 1983: 6,06%, 1984-1985: 5,54%, en 1986: 8,08%, 1993: 8,32% en el 1995 fue de 9,43% hasta llegar a incidencias tan 5 elevadas como un 11, 33% en el 2006. (DELGADO, 2007)

2.1.2. ETIOLOGÍA

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro pero aisladamente, ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlos como un marcador seguro predictor de riesgo. Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro y amenaza de parto pretérmino.

El estrés psicosocial materno puede producir: OCHOA & PEREZ (2009)“Estrés fetal con una reducción del flujo útero placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal”(pág 213) . Parecería que el

principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina.

Este factor proviene principalmente del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Estimula las células del amnios, corion y deciduas produciéndose prostaglandinas. Estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas estimulan el factor liberado de la hormona cortico trófica de la placenta, membranas ovulares y decidua. Iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro. También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona. Estos son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la oxitocina.(CABERO I ROURA, 2016)

Las infecciones ascendentes del tracto genito-urinario, se asocian significativamente con el parto prematuro. Estas infecciones junto con la amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan las síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares. En el 60% de los partos prematuros se encuentran hallazgos histológicos de hemorragias de la decidua uterina (micro desprendimientos de la placenta). Cuando estos desprendimientos son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primero y segundo trimestre de embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y de las membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas. (PALACIO & COBO, 2009).

CUNNINGHAM F (2006) “En el embarazo múltiple y en el hidramnios se produce una sobre distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro” (pág 276). El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas (gap junctions), activarían los receptores de la oxitocina y las síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidua y cervical.(SCHWARZ, 2005, pág. 354)

2.1.3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales:

- a) Identificar a las pacientes con riesgo de padecer amenaza de parto pretérmino.
- b) Detección precoz de la sintomatología.
- c) Diagnóstico clínico

La identificación de la paciente se relaciona directamente con los factores de riesgo descritos en la etiología, se lo realiza mediante una buena anamnesis:

- ✓ Dolor abdominal tipo contracción
- ✓ Presión pélvica o dolor en la espalda
- ✓ Embarazo igual o menor de 37 semanas

Antecedentes clínicos y obstétricos de:

- ✓ Edad menor de 18 años y mayor de 35 años
- ✓ Nivel socio económico bajo
- ✓ Rotura prematura de membranas pretérmino o parto prematuro previo
- ✓ Sobredistención uterina (gemelos, polihidramnios, miomas, malformaciones uterinas)
- ✓ Trauma materno
- ✓ Incompetencia cervical
- ✓ Bacteriuria asintomática/Pielonefritis aguda
- ✓ ITS/ vaginosis bacteriana
- ✓ Infección del estreptococo grupo B.

2.1.4. TRATAMIENTO

Parte inicial del manejo del parto pre término es catalogar estrictamente el caso, estableciendo para ello la edad gestacional, determinada tanto por la clínica como por los estudios ecográficos realizados durante la gestación, si los hubiera.

El examen clínico abarcará el estado general y clínico de la madre y el bienestar fetal, de manera de tomar las medidas necesarias. En este lapso, y mientras se corrobora el diagnóstico y se dictan las primeras medidas terapéuticas, se debe infundir confianza a la madre, quien ya se encuentra afectada por el estrés de la situación, así como a la pareja y/o familiares.

El examen genital incluirá la evaluación con espéculo, para visualizar el cuello uterino y observar la presencia o no de líquido amniótico. Se indicará reposo, en decúbito lateral, en ambiente aislado y tranquilo y se colocará solución salina endovenosa, a razón de 100 ml/hora, ya que la rápida expansión intravascular pudiera disminuir las contracciones de un útero irritable. Sin embargo, no existe evidencia de beneficio del reposo del uso de la hidratación para ayudar a prevenir el trabajo de parto prematuro, aunque la hidratación puede ser útil para las mujeres que estén deshidratadas.

2.1.5. TRATAMIENTO ANTENATAL DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO: Cuando se conozca la causa de la amenaza de parto prematuro (infección urinaria, corioamnionitis, rotura prematura de membranas).

REPOSO E HIDRATACIÓN: Su eficacia real parece dudosa y su uso rutinario, incluso para la diferenciación de la verdadera amenaza de parto prematuro no se recomienda.

Algunos autores basados en observaciones no controladas, han sugerido que la hidratación intravenosa podría disminuir las contracciones o demorar el parto en mujeres que presentan contracciones antes del término.

Estudios sobre volumen plasmático reportaron que las mujeres con trabajo de parto prematuro tenían menor volumen plasmático que las mujeres control con un embarazo normal. La expansión del volumen plasmático podría reducir el riesgo de nacimiento prematuro. Un posible mecanismo es que la expansión de volumen inhiba las contracciones al incrementar el flujo sanguíneo uterino, de este modo se estabilizan los lisosomas deciduales y disminuye la producción de prostaglandinas (Guinn 1997).

La expansión de volumen, a través de la distensión de la aurícula izquierda, disminuye la secreción de hormona antidiurética a partir de la hipófisis posterior mediante el

reflejo de Henry-Gauer La hipótesis es que la secreción de oxitocina disminuirá simultáneamente; sin embargo, este mecanismo se ha descrito solamente en modelos animales.

Aunque no se ha demostrado científicamente la eficacia de la hidratación en el manejo del parto prematuro, en el hospital se la utiliza como una práctica habitual en este tratamiento y aparentemente ha dado buenos resultados.

TRATAMIENTO TOCOLÍTICO: Su función básica es prolongar el embarazo para permitir el uso de corticoides prenatales, además disminuir la morbimortalidad asociada a prematuridad al permitir al producto estar más tiempo en el útero. Históricamente los betas agonistas han sido los más ampliamente usados, pero se han detectado en ellos efectos adversos. Atosiban y beta agonistas, actualmente ya no son utilizados en el Ecuador como uteroinhibidores, solamente se ha utilizado con gran éxito la nifedipina por que causa menos efectos adversos sobre la mujer gestante.

FÁRMACOS DE UTILIDAD TERAPÉUTICA

- ✓ Beta miméticos
- ✓ Anti prostaglandinas
- ✓ Bloqueantes del calcio
- ✓ Antagonistas de la oxitocina

BETAMIMÉTICOS

Se ligan a los receptores beta 2 adrenérgicos en el músculo liso uterino, activan la enzima adenilatociclasa y hacen que aumente el nivel de AMPc, disminuyendo el calcio libre y fósforila la cinasa de cadena ligera de miosina, inhibiendo así la contracción muscular. Los medicamentos como terbutalina, ritodrina, fenoterol, salbutamol debido a sus efectos adversos se excluyeron como uteroinhibidores, pero en la actualidad se los utiliza para enfermedades del aparato respiratorio.

Se excretan sin alteraciones por la orina o después de haber sido conjugados en el hígado hasta dar formas inactivas. Se administran por goteo endovenoso durante 8 a 12 horas como máximo. A los 20 minutos de instalado el tratamiento de deberá controlar la respuesta buscando la dosis mínima para inhibir la contractilidad uterina sin provocar efectos cardiovasculares indeseados (evitar taquicardias superiores a 120 latidos por

minuto); si a los 20 minutos del comienzo la inhibición es incompleta se aumentará el goteo al doble esperando otros 20 minutos, siempre que la frecuencia cardíaca materna sea inferior a 120 latidos por minuto.

EFEKTOS ADVERSOS

- ✓ Taquicardia
- ✓ Taquipnea
- ✓ Hipotensión
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Hiperglucemia y edema pulmonar

CONTRAINDICACIONES

- ✓ Cardiopatía orgánica
- ✓ Ritmo materno cardíaco patológico
- ✓ Hipertiroidismo
- ✓ Colagenosis.
- ✓ Diabetes descompensada

ANTIPROSTAGLANDINAS

Su utilización como tocolíticos parte del conocimiento de que las prostaglandinas intervienen en la regulación de la contractilidad uterina. Se ha demostrado que la síntesis de prostaglandinas y su liberación pueden ser inhibidas por agentes antiinflamatorios o antipiréticos de tipo de la aspirina o indometacina. (CUNNINGHAM F., 2006)

INDOMETACINA

Es un inhibidor de la síntesis de prostaglandinas por los macrófagos de la decidua, utilizada en primera línea como tocolítico en el trabajo de parto en gestaciones menores de 30 semanas. Se ha observado que existe una respuesta inflamatoria más significativa en las membranas y decidua en las gestaciones menores de 30 semanas, al compararlas con embarazos de 30 a 36 semanas. (DOOD & FLENADY, 2005) Los efectos de la indometacina en el riñón fetal pueden ser beneficiosos para reducir el polihidramnios. Sin embargo, también puede causar oligohidramnios, al disminuir el flujo del riñón

fetal, cuando se la utiliza por más de 48 horas. La administración de indometacina no debe ser por más de 48 horas, y se sugiere niveles basales maternos de hemograma y pruebas de función hepática. Durante el tratamiento, se evaluará periódicamente el flujo urinario, la temperatura materna y el índice de líquido amniótico.

BLOQUEANTES DEL CALCIO

El nifedipino es un bloqueador de los canales de calcio empleado para tratar la hipertensión y la enfermedad cardiovascular, debido a que inhibe la contractilidad de las células musculares lisas, al reducir el flujo del calcio hacia las células.

También pueden relajar las contracciones uterinas, por lo que el nifedipino ha surgido como un agente tocolítico efectivo y seguro para el manejo del parto pretérmino. Las evidencias hallan que los bloqueadores de los canales de calcio parecen ser al menos tan efectivos como los beta-miméticos, y quizás mejores, para posponer el trabajo de parto prematuro. (Balbachan & Berardo, 2002)

Los bloqueadores de los canales de calcio presentan muchos menos efectos adversos en la madre, hay menos necesidad de utilizar la unidad de cuidados intensivos para el recién nacido y se asocia con menor incidencia de síndrome de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular.

La dosis inicial recomendada es 20 mg de nifedipino vía oral, seguida de 20 mg PO después de 30 minutos. Otro esquema emplea 10 mg cada 20 minutos, en 4 dosis, seguida de 20 mg vía oral cada 4 a 8 horas. La concentración plasmática máxima ocurre entre los 15 y 90 minutos después de su administración, la vida media es de 81 minutos y la duración de su acción, alrededor de 6 horas. Si las contracciones persisten, se puede continuar la terapia con 20 mg PO cada 3 a 8 horas, por 48 a 72 horas, con dosis máxima de 160 mg/ d. (CARRERA J & MALLAFRÉ, 1998)

Después de 72 horas, si se requiere dosis de mantenimiento, se emplea nifedipino de acción prolongada, 30 a 60 mg diario. Las contraindicaciones al nifedipino son alergia al nifedipino, hipotensión, disfunción hepática, uso concurrente de beta-miméticos o sulfato de magnesio, nitratos vía transdérmica u otra medicación antihipertensiva. Otros efectos colaterales del nifedipino son taquicardia materna, palpitaciones, rubor, cefalea, mareos y náusea. Se recomienda monitoreo continuo de los latidos fetales y del pulso y

presión arterial de la madre. No administrarnifedipino en casos de enfermedad hepática. (PALACIO & COBO , Cervical length and gestational age at admission as predictors of intra-amniotic inflammation in preterm labor with intact membranes. , 2009).

ANTAGONISTAS DE LA OXITOCINA

Como inhibidores competitivos ocupan los receptores uterinos de la oxitocina y reducirían la contractilidad uterina. El atosiban, que es un nonapéptido análogo de la oxitocina, sería un inhibidor competitivo que similares efectos tocolíticos no tendría los efectos colaterales adversos de los fármacos beta adrenérgicos convencionales.

CONTRAINDICACIONES DE UTEROINHIBIDORES

- ✓ Rotura prematura de membranas con sospecha o evidencia de infección ovular
- ✓ Cardiopatías congénitas maternas o fetales (arritmias)
- ✓ Desprendimiento placentario (Hemorragias)
- ✓ Malformaciones congénitas fetales graves (letales)
- ✓ Franco trabajo de parto con dilatación mayor de 4 cm
- ✓ Madurez pulmonar comprobada
- ✓ Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) comprobado con detención del crecimiento
- ✓ Eritroblastosis fetal
- ✓ Feto muerto

MADURACIÓN PULMONAR CON CORTICOIDES

Se debe administrar en gestantes de entre 24-34 semanas, con riesgo de parto pretérmino que no precisen extracción fetal urgente. El efecto máximo se consigue entre las 24 horas y los 7 días después de haber comenzado la administración. El tratamiento de menos de 24 horas también tiene efectos beneficiosos, ya que se asocia con una disminución de la mortalidad neonatal, distrés respiratorio y hemorragia intraventricular.

Los corticoesteroides se unen a proteínas transportadoras de la circulación materna. Se encuentran formas libres y unidas, pero sólo la primera puede ingresar a las células

fetales, donde se une a receptores glucocorticoides intracelulares. Los efectos en el pulmón incluyen estimulación de la diferenciación de células epiteliales en neumocitos de tipo II, síntesis y secreción de surfactante hacia los espacios alveolares y aceleración del desarrollo estructura.

La evidencia de esta nueva revisión apoya el uso continuo de un ciclo único de corticoesteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar, en mujeres con riesgo de parto prematuro.

Esto reduce el riesgo de muerte neonatal, síndrome de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragia cerebro ventricular, morbilidad infecciosa, y necesidad de asistencia respiratoria y neonatal, ingreso a UCI.

Maduración pulmonar: Betametasona 12mg IM cada 24 horas (dos dosis).

Dexametasona 6mg IM cada 12horas (cuatro dosis)

ANTIBIÓTICOS EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Del balance de la literatura es justo decir que el parto pretérmino ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres que presentan vaginosis bacteriana. Sin embargo no es claro si este resultado se debe a una mayor incidencia de ruptura prematura de membranas, inicio de la labor o ambos, en especial cuando se consideran otras asociaciones con bajo peso al nacer y retardo del crecimiento intrauterino.

La contribución de las infecciones subclínicas a la etiología del parto pretérmino gana cada vez un mayor espacio. El uso de antibióticos en las mujeres con amenaza de parto pretérmino con membranas intactas es controversial. Se ha encontrado evidencia que el tratamiento de las portadoras de Estreptococo del grupo B es probablemente de poco o ningún beneficio en la reducción del parto pretérmino.

Hasta el momento no se ha demostrado el beneficio de utilizar antibióticos de manera rutinaria en todas las mujeres con amenaza de parto pretérmino idiopática con membranas integra.

Dos revisiones sistemáticas Cochrane han mostrado que el uso de antibióticos en estas pacientes prolonga el embarazo y reduce la incidencia de infección materna, pero no

han mostrado ningún efecto significativo en la sepsis neonatal y se mostró un incremento en la mortalidad perinatal. Una de las revisiones señala que el uso de antibióticos de manera rutinaria en las mujeres de alto riesgo previene la ruptura prematura de membranas, sin embargo los autores aclaran que la mayoría de los estudios incluidos tratan con mujeres que ya tenían indicaciones de uso de antibióticos ya sea por exámenes de laboratorio o presentación clínica. No se ha encontrado alguna justificación al tratamiento rutinario con antibióticos durante el embarazo, ni al tamizaje rutinario de vaginosis bacteriana o streptococcus del grupo B durante el embarazo.

ANTIBIÓTICOS PARA LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DURANTE EL EMBARAZO

Una revisión sistemática Cochrane con el objetivo de evaluar la evidencia existente sobre el tratamiento antibiótico de la bacteriuria asintomática durante el embarazo y el riesgo de bacteriuria persistente, parto pretérmino y el desarrollo de pielonefritis encontró que comparado con placebo, el tratamiento es efectivo en eliminar la bacteriuria, en la reducción de la pielonefritis y una reducción de la incidencia de parto pretérmino o bajo peso al nacer.

El tamizaje y tratamiento de rutina con antibióticos de la bacteriuria asintomática durante el embarazo es recomendable. Evidencia tipo (A) COCHRANE, 2007.

2.1.6. PROTOCOLO DE MANEJO EN URGENCIAS EN AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

En base a la evidencia médica actual proponemos un protocolo de actuación para manejo en urgencias para pacientes con amenaza de parto pretérmino.

En pacientes de BAJO riesgo y en aquellas de ALTO riesgo (sólo por criterios CLÍNICOS sin modificaciones cervicales):

- ✓ Si existe dinámica uterina regular: Reposo y observación 2-3h en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales considerando la posibilidad de administrar una dosis única de nifedipina.
- ✓ Si cede la dinámica uterina y no existen modificaciones cervicales, podrá valorarse el alta domiciliaria con reposo relativo 24 h.

- ✓ Si no cede la dinámica uterina, pero no hay modificaciones cervicales, valorar ingreso hospitalario u observación durante 12-24 h.
- ✓ Inicialmente, NO se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides de forma sistemática. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta de 12-24 horas si precisa (utilizar prioritariamente nifedipina).
- ✓ Alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.
- ✓ En caso de objetivar modificaciones cervicales, ingreso hospitalario.
- ✓ En ausencia de dinámica uterina regular, o cuando las modificaciones cervicales han sido un hallazgo en una paciente asintomática, es necesario valorar los parámetros considerados de alto riesgo.

2.1.6.1. UTILIZACIÓN DE MARCADORES PREDICTORES DE PARTO PRETÉRMINO

1. VALORACIÓN CERVICAL ECOGRÁFICA: Hay evidencia de que en ausencia de contracciones uterinas, la medición ecográfica de la longitud cervical es un método eficaz para detectar la población de riesgo de parto pretérmino. (SKENTOU & LIAO, 2013).

En pacientes asintomáticas, la presencia de un cérvix < 25 mm incrementa el riesgo de parto pretérmino < 34 semanas un 35%; a pesar de que la prevalencia de cérvix corto en la población de bajo riesgo es muy baja, del 1-2% (OWEN, 2011)

2. FIBRONECTINA FETAL: Es una proteína de la matriz extracelular que se localiza entre el corion y la decidua y es marcador de disrupción coriodecidual. En condiciones normales está ausente de las secreciones cervico-vaginales por encima de las 24 semanas de gestación. Presenta una predicción de parto pretérmino del 48%. De igual forma que el cérvix, lo más importante es su alto valor predictivo negativo: sólo el 1% de las mujeres con un test negativo parirán en los 7 días siguientes. (GOLDENBERG & et.al., 2001)

En el manejo clínico diario, tanto la ecografía como la fibronectina tienen una eficacia similar. Debido al mayor acceso y menor coste de la ecografía en nuestro ámbito, nosotros utilizaremos la medida de la longitud cervical (por ecografía transvaginal) como elemento predictor para el seguimiento de las pacientes.

3. SCREENING Y TRATAMIENTO DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA.

El tratamiento con antibióticos en las mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática es efectivo en la reducción del riesgo de pielonefritis y parto pretérmino. No existe evidencia sobre la duración del tratamiento (monodosis o terapia larga).

4. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN EL

2º TRIMESTRE. La identificación y tratamiento precoz de la vaginosis bacteriana antes de las 20 semanas disminuye el riesgo de parto pretérmino en población de alto y bajo riesgo. No obstante, y dado que la prevalencia de la vaginosis bacteriana en nuestra población es muy baja, no estará indicado por el momento el cribado sistemático de la vaginosis bacteriana en la población general. El tratamiento oral con Clindamicina ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento oral/vaginal con Metronidazol(10, 11). No se cribará la vaginosis en el 3º trimestre ya que el tratamiento antibiótico durante el 3º trimestre ha demostrado tratar la infección pero no disminuir el riesgo de parto prematuro. Sólo estará indicado el cribado en estos casos si clínica sugestiva.

5. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS, UREAPLASMA Y STREPTOCOCCO B AGALACTIAE.

No hay suficiente evidencia científica para integrar el cribado y tratamiento de Chlamydia, Ureaplasma o SGB en un intento de reducir el riesgo de prematuridad. Sí tiene sentido el screening de SGB en el 3er trimestre para reducir el riesgo de sepsis neonatal intraparto.(5)

6. REPOSO:

Recomendar la baja laboral y la abstinencia de relaciones sexuales a gestantes con cervix < 25 mm antes de 28 semanas.

Suspender el uso de tabaco u otras drogas (heroína, cocaína) debido a los malos resultados perinatales.

7. PROGESTERONA:

Progesterona: Independientemente de la medición de la longitud cervical, la progesterona ha demostrado su utilidad en gestantes con historia de pretérmino anterior (reducción aproximadamente de un 14 % del riesgo de pretérmino recurrente 16. No obstante dada la falta de una Unidad específica en la que se puede monitorizar el cervix, recomendaremos su utilización:

- ✓ En pacientes con antecedentes y un cérvix < 25 mm en 2º trimestre.
- ✓ Pacientes asintomáticas sin antecedentes con un cérvix < 20 mm en 2º trimestre.
- ✓ Hallazgo ecográfico de acortamiento cervical progresivo no susceptible de cerclaje (> 26 semanas).

En general, se iniciará el tratamiento con progesterona vaginal 200 mg/24 hasta la semana 34-37.

8. ANTIBIÓTICOS:

No se ha demostrado que la administración interconcepcional de antibióticos en pacientes con antecedentes de pretérmino anterior reduzcan el riesgo de pretérmino recurrente.

9. HIERRO:La anemia incrementa el riesgo de parto pretérmino principalmente en el 1º y 2º trimestre de la gestación y el riesgo incrementa con la severidad del déficit de hemoglobina. Si $Hb \leq 9.5$ g/dl el riesgo de parto pretérmino se multiplica x 2. La hipoxia crónica generada por la anemia puede provocar una respuesta de estrés seguida por la liberación de CRH por la placenta con incremento de la producción de cortisol por el feto y aumentar así el riesgo de parto pretérmino. El suplemento con ferrotterapia mejora los resultados perinatales cuando la madre presenta una anemia ferropénica, pero la suplementación profiláctica incrementa el riesgo de diabetes gestacional y de estrés oxidativo sin afectar el riesgo de parto prematuro.

10. SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS (VITAMINA C O E) O CALCIO:No tienen efecto sobre la disminución de la Prematuridad.

11. ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3:Inhiben la producción de ácidos araquidónicos y por tanto disminuyen las concentraciones de citoquinas, actuando sobre el factor inflamatorio de la prematuridad. La Sociedad Internacional para el estudio de ácidos grasos y lípidos recomienda que durante el embarazo y lactancia se tendría que garantizar una ingesta diaria de 300 mg de ácidos grasos omega-3 y un descenso del consumo de grasas saturadas. Insistir en ingesta de frutas, pescado azul y verduras. Existe evidencia que la suplementación con ácidos grasos omega-3 en mujeres con antecedente de parto prematuro, reduce el riesgo de recurrencia. Existen preparados comerciales que contienen exclusivamente aceites de omega 3. Otras fórmulas

multivitamínicas (ejemplo Ginenatal Forte, Femivit, Natalben, Semibión...) contienen también suplementos de omega 3 a dosis recomendadas. o Probióticos: Son numerosos los estudios que demuestran que el tratamiento combinado de antibióticos y probióticos es eficaz para tratar la vaginosis bacteriana y reducir recurrencias ya que actúan (1) reduciendo el pH vaginal, (2) inhibiendo la adhesión de patógenos y (3) modulando la inmunidad. Existen también estudios epidemiológicos observacionales que han observado una reducción del parto pretérmino espontáneo en consumidoras habituales de productos lácteos ricos en probióticos, A la falta de mayor evidencia científica, se recomendará el consumo de lácteos ricos en probióticos pero el uso de probióticos orales no se recomendará de forma general en todas las mujeres sino que su uso se individualizará a aquellas mujeres con mayor riesgo de disbiosis vaginal(17, 18).

CAPÍTULO III

3.1. MATERIALES

3.1.1. LOCALIZACIÓN

Hospital Materno: “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, ubicado en:

- ✓ Provincia: Guayas.
- ✓ Cantón: Guayaquil.
- ✓ Dirección: Av-12-S-E entre Fernando López Calle 54B y Segunda Peatonal.
- ✓ PBX: 3714350-2606000

3.1.2. PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo: “Transversal”, efectuado en el período de tiempo: Septiembre 2016 a Febrero 2017

3.1.3. RECURSOS A EMPLEAR

3.1.3.1. HUMANOS

- ✓ Investigador.
- ✓ Tutor de proyecto de investigación.
- ✓ Revisor de la Universidad de Guayaquil.
- ✓ Mujeres que cumplan los criterios de inclusión, consideradas para el muestreo del trabajo de investigación.

3.1.3.2. FÍSICOS

- ✓ Historias clínicas de pacientes primigestas, entre 11 y 19 años de edad con diagnóstico de: Amenaza de parto pretérmino, atendidas en el Hospital Materno: “Matilde Hidalgo de Procel”.
- ✓ Libros y revistas de Ginecología y Obstetricia
- ✓ Bibliografía de internet
- ✓ Laptop
- ✓ Papel bond
- ✓ Agenda
- ✓ Bolígrafos
- ✓ Impresora

3.1.4. UNIVERSO

El Universo abarcará a las pacientes primigestas entre 11 a 19 años de edad con diagnóstico de: Amenaza de Parto Pretérmito, atendidas en el Hospital Materno: “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. Que corresponden a un total de 83 casos.

3.1.5. MUESTRA

Para realizar el cálculo del tamaño de la muestra, se aplicó la siguiente fórmula:

$$\text{Fórmula: } n = \frac{2pq(Za + Zb)^2}{(p1 - p0)^2}$$

Dónde:

- ✓ $p = (p1 + p0) / 2$
- ✓ $p1$ = la proporción esperada de casos expuestos
- ✓ $p0$ = la proporción esperada de controles expuestos
- ✓ $q = 1 - p$
- ✓ $Za = 1.96$ con 95%. Etc.
- ✓ $Zb =$ valor de Z para 90% = 1.28
- ✓ $p1$ se puede estimar del siguiente modo:
- ✓ $p1 = p0 \times OR / [1 + p0 (OR - 1)]$
- ✓ $n = \frac{21 pq}{(p1 - p0)^2}$

Una vez aplicada la fórmula correspondiente, se determinó que la muestra abarca la totalidad del universo de estudio descrito, con un total de 83 casos.

3.2. MÉTODO

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, Descriptivo, De serie de casos, Transversal.

- ✓ Observacional: No se realizará intervención alguna por parte del investigador, que se limita a observar lo que ocurre.
- ✓ Estudio Descriptivo: Debido a que se desea describir la naturaleza y magnitud de un problema de salud.
- ✓ De serie de casos: Investiga una patología específica de causalidad similar y evolución clínica enmarcada en un contexto de fenómenos fisiopatológicos conocidos.
- ✓ Transversal: Identifica un problema específico, no habrá seguimiento del estudio con tendencia temporal.

3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Al seleccionar y plantear el trabajo de investigación, se maximizó la validez y la confiabilidad de la información para reducir los errores en los resultados. Por lo que primero se definió el tipo de estudio a realizar; el cual se definió preliminarmente desde la etapa de identificación y formulación del problema.

Una vez definidos los lineamientos de investigación en base a los fundamentos epidemiológicos y estadísticos podemos decir que para el diseño de investigación del presente se consideró que:

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información se catalogó al trabajo como de tipo: Prospectivo; es decir se indagó sobre hechos ocurridos en un momento previo de la investigación, posicionándonos en una línea transversal de tiempo.

Según el período y la secuencia del estudio se consideró que la investigación realizada era un estudio de tipo transversal ya que se evaluó variables simultáneas en determinado momento (período implícito de la investigación).

Según el análisis y alcance de resultados el estudio es de tipo: Descriptivo, Observacional no intervencionista.

En función de la perspectiva de tipo: Epidemiológica, estadística e investigativa citamos que las características delimitantes del estudio fué definida como una investigación de diseño descriptivo, por lo que se procedió a realizar una plantilla de preguntas y respuestas para delimitar los parámetros, variables, población de estudio y posibles resultados.

TABLA 3.1. PLANTILLA PARA DISEÑO DE METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

¿QUE SE INVESTIGA?	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	MUJERES ADOLESCENTES ENTRE 11 A 19 AÑOS
DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS	NINGUNA
MAGNITUD DE PROBLEMAS: PREVALENCIA, INCIDENCIA, PROPORCIÓN, FRECUENCIA.	NO SE HA REALIZADO INVESTIGACIONES PREVIAS EN EL HOSPITAL MATERNO: MARTÍNEZ HIDALGO DE PROCEL.
FACTORES ASOCIADOS AL PROBLEMA A NIVEL DESCRIPTIVO:	PREMATUREZ. FACTORES DE RIESGO MATERNO. FACTORES DE RIESGO NEONATAL.
¿CUÁLES SON SUS CARACTERÍSTICAS?	ESTUDIO DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL.
SE BASE EN OBSERVACIÓN DE HECHOS	SI
¿SE INTERVIENE EN LA INVESTIGACIÓN?	NO
QUE TIPO DE VARIABLES SE CONSIDERAN:	VARIABLES CUALITATIVAS.
¿CUÁLES SON LOS FACTORES LIMITANTES?	QUE SON VARIAS DE LAS VARIABLES, OCURREN COMO EVENTOS PREVIOS AL PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.

TABLA 3.2. CRONOGRAMA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

	ACTIVIDAD	FECHA			
		AGOSTO	DICIEMBRE	FEBERO	MAYO
1	Elaboración de tema de investigación.				
2	Comprobación y factibilidad de tema de investigación.				
3	Presentación de tema de investigación.				
4	Revisión de historias clínicas y recolección de datos.				
5	Recolección de datos				
6	Elaboración de marco referencial				
7	Análisis de datos estadísticos				
8	Revisión de borrador de anteproyecto.				
9	Borrador de tesis.				
10	Redacción de tesis.				

11	Presentación de trabajo de investigación				
----	--	--	--	--	--

3.2.3. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Los pasos secuenciales en función lineal de tiempo, para la realización de esta investigación fueron los siguientes:

- ✓ Elaboración del proyecto.
- ✓ Elaboración del instrumento
- ✓ Definición de la población y la muestra
- ✓ Aplicación de los instrumentos
- ✓ Recolección de datos
- ✓ Elaboración del marco teórico
- ✓ Procesamiento de la información
- ✓ Análisis de los resultados obtenidos
- ✓ Descripción de conclusiones y recomendaciones
- ✓ Recomendaciones.

Para la elaboración del anteproyecto:

- ✓ Determinación del problema a investigarse, planteamiento, delimitación, formulación, evaluación, justificación y objetivos de la investigación.
- ✓ Desarrollo del marco teórico, antecedentes, fundamentación teórica, definiciones conceptuales.
- ✓ Desarrollo de la metodología de la investigación, diseño y tipo de la investigación, área y tiempo de estudio, determinación de la población, instrumentos, procedimientos, recolección de información , procesamiento , y análisis de la información .
- ✓ Desarrollo del marco administrativo, cronograma presupuesto, referencias bibliográficas, anexos.

3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Mujeres con embarazo pretérmino (28 <37 semanas) atendidas en el Hospital Materno: “Dra. Matilde Hidalgo De Procel”, que cursaron con:

- ✓ Primer embarazo.
- ✓ Edad entre 11 a 19 años de edad.
- ✓ No hayan iniciado trabajo de parto activo:
 - Dilatación menor a 4 cm.
 - Modificaciones cervicales.
 - Actividad Uterina menor a 120 UM.
- ✓ Que hayan cursado toda la atención para Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital donde se realizó la investigación.
- ✓ Mujeres con Historia Clínica bien documentada, que permita una buena recolección de datos.

3.2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Mujeres primigestas entre 11 a 19 años con embarazo inmaduro (< 28 semanas).
- ✓ Mujeres primigestas entre 11 a 19 años con embarazo a término (> 37 semanas)
Presentación transversa u otra que indique cesárea.
- ✓ Que presenten: Ruptura prematura de membranas.
- ✓ Hayan iniciado la fase activa de la labor de parto:
- ✓ Dilatación mayor a 4 cm.
- ✓ Borramiento del 90%.
- ✓ Actividad Uterina mayor a 120 UM.
- ✓ Mujeres con Historia Clínica mal documentada, con recolección de datos insuficientes o alterados, que modifiquen la recolección de información.

3.2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: “FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO”.			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
ES CUALQUIER RASGO, CARACTERÍSTICA O EXPOSICIÓN DE UN INDIVIDUO QUE AUMENTE SU PROBABILIDAD DE SUFRIR UNA ENFERMEDAD O LESIÓN.(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2017)	FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS	EDAD	11 – 14 AÑOS
			15 – 19 AÑOS
		CONTROLES PRENATALES	< 4 CONTROLES
			4 – 7 CONTROLES
			>7 CONTROLES
		ESTADO NUTRICIONAL (INDICE DE MASA CORPORAL)	BAJO
			NORMAL
			ELEVADO
		INFECCIONES EN EL TERCER TRIMESTRE	SI
			NO
		ANEMIA (CARRERA J & MALLAFRÉ, 1998, pág. 75)	Hb< 11 g/dl Hto< 33%
			Hb> 11 g/dl Hto> 33%
		TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL TERCER TRIMESTRE	> 140/90
			< 140/90

VARIABLE DEPENDIENTE: “AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO”.			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
PRESENCIA DE CONTRACCIONES UTERINAS SIN MODIFICACIONES CERVICALES	EDAD GESTACIONAL	PRETÉRMINO EXTREMO	28 – 31 SEMANAS.
		PRETÉRMINO MODERADO	32 - 34 SEMANAS.
		PRETÉRMINO LEVE	35 – 36 SEMANAS

3.2.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectado los datos que obtenidos a partir del instrumento de recolección se realizó un tamizaje para obtener las historias clínicas válidas, elaborando cuadros y tablas para tabular los resultados del estudio.

Para el procesamiento de la información se realizó una base de datos, utilizando la hoja electrónica del programa Microsoft Excel 2010.

Para la presentación de los datos, éstos fueron vertidos en tablas y gráficos donde se utilizaron fundamentalmente la frecuencia, y para el análisis de la información se usaron los porcentajes.

3.2.7. ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Art. 32 de la Constitución de la República, trata sobre el derecho a la salud, al manifestar lo siguiente: Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

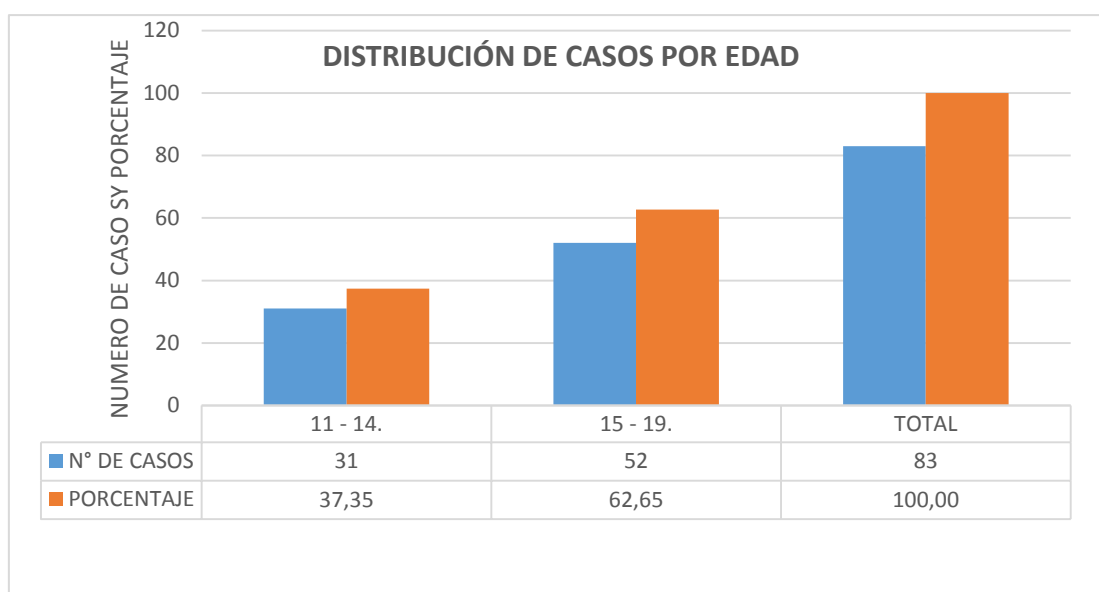
TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD, DE PACIENTES ENTRE 11 A 19 AÑOS, CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.

GRUPO DE EDAD	N° DE CASOS	PORCENTAJE
11 – 14	31	37.35 %
15 - 19	52	62.65 %
TOTAL	83	100.00 %

Fuente: Departamento de Estadística de la Maternidad: Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Gisela Romero, Jorge González

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD, DE PACIENTES ENTRE 11 A 19 AÑOS, CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 1.

En relación a la distribución por grupo de edad, se concluye que las mujeres que de 83 casos registrados, el mayor porcentaje fue en mujeres de 15 a 19 años con un (62.65%), y el más bajo en mujeres de 11 a 14 años, que corresponden al (37.35%) de casos.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA DESCENDENTE, DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.

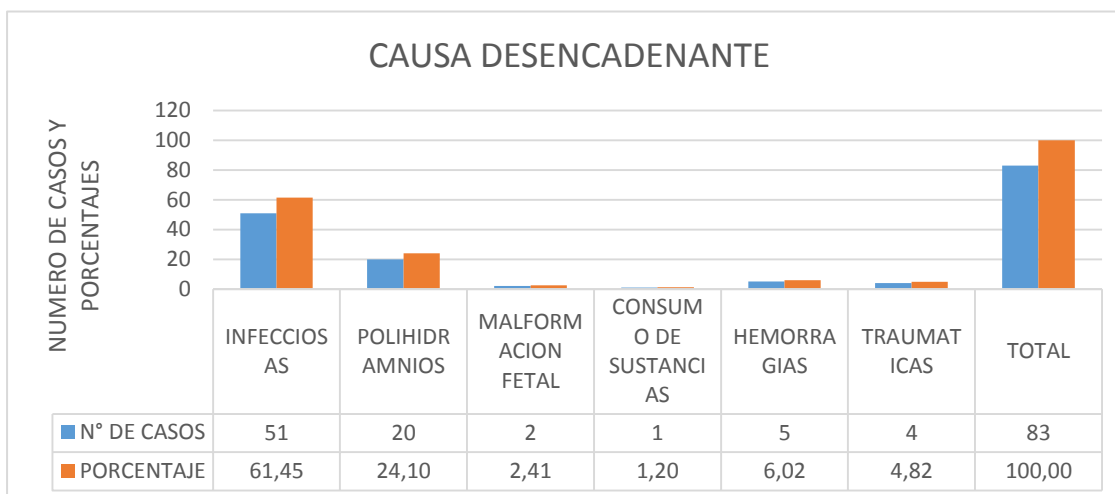
CAUSAS	N° DE CASOS	PORCENTAJE
INFECCIOSAS	51	61.45 %
POLIHIDRAMNIOS	20	24.10 %
MALFORMACIÓN FETAL	2	2.41 %
CONSUMO DE SUSTANCIAS*	1	1.20 %
HEMORRAGIAS GENITALES	5	6.02 %
TRAUMA MATERNO	4	4.82 %
TOTAL	83	100.00 %

Fuente: Departamento de Estadística de la Maternidad: Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Gisela Romero, Jorge González

*Sustancia identificada = Marihuana.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA DESCENDENTE, DE PACIENTES ENTRE 11 A 19 AÑOS, CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N ° 2.

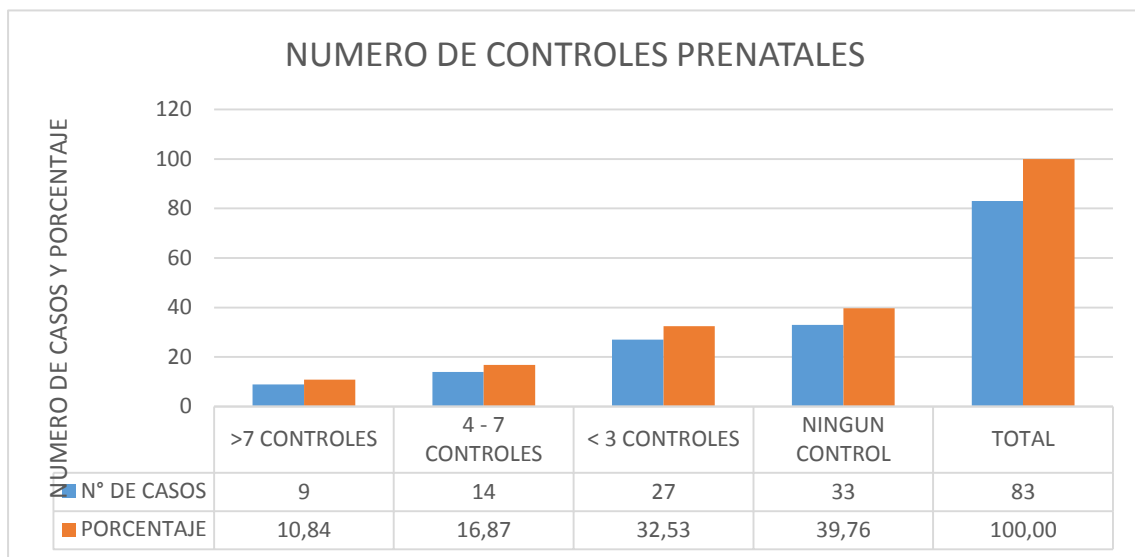
La causas infecciosas fueron la principal causa para amenaza de parto pretérmino en pacientes entre 11 a 19 años, con un (61.45%), seguido de poli hidramnios (24.10%), causas de tipo hemorrágico (6.02%), causas traumáticas (4.82%), malformación fetal (2.41 %) y consumo de sustancias “marihuana” con el (1.20%).

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.

Nº DE CONTROLES	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
NINGUN CONTROL	33	39.76 %
< 3 CONTROLES	27	32.53 %
4 - 7 CONTROLES	14	16.87 %
>7 CONTROLES	9	10.84 %
TOTAL	83	100.00 %

Fuente: Departamento de Estadística de la Maternidad: Matilde Hidalgo de Procel.
Elaborado por: Gisela Romero, Jorge González

GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N ° 3.

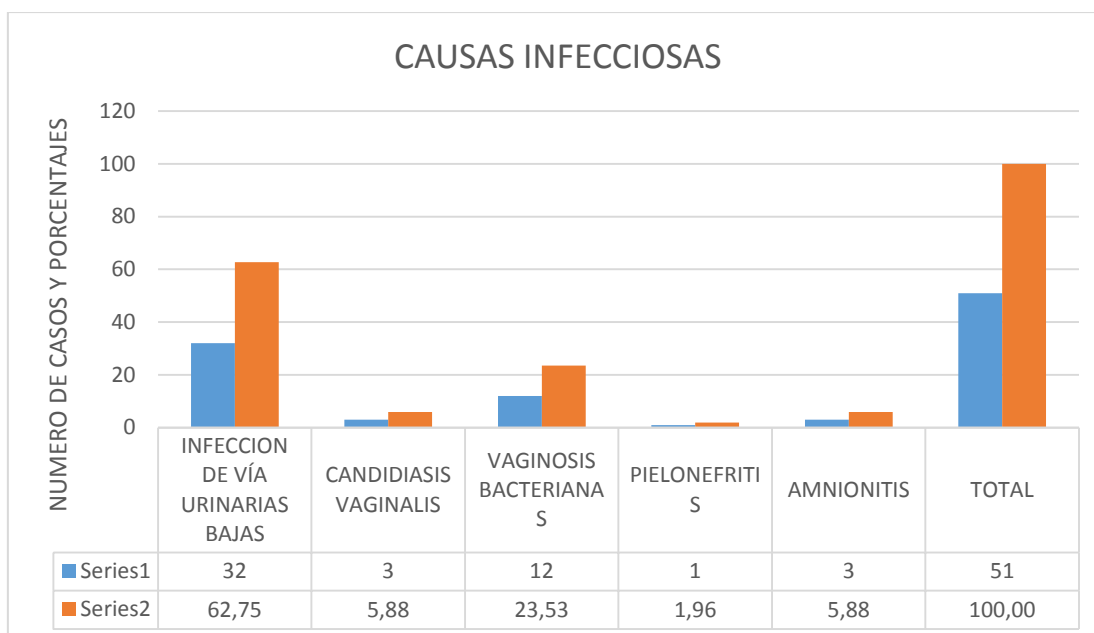
Las pacientes que tuvieron 7 o más controles corresponden a un (10.84%) con un total de 9 casos, mientras que las que no recibió ningún control corresponde al 39.76% de casos. De las causas identificadas que favorecieron al no control prenatal fueron: difícil acceso a los establecimientos de salud, desconocimiento de la importancia de un adecuado control prenatal, antecedente de partos en domicilio con partera por parte de familiares de la gestante, no apoyo psicosocial y afectivo por parte de familiares a la embarazada la cual no fue instruida sobre los cuidados básicos del embarazo durante su gestación.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA INFECCIOSA ASOCIADA A AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.

CAUSA INFECCIOSA	N° DE CASOS	PORCENTAJE
INFECCION DE VÍA URINARIAS BAJAS	32	62.75 %
CANDIDIASIS VAGINALIS	3	5.88 %
VAGINOSIS BACTERIANAS	12	23.53 %
PIELONEFRITIS	1	1.96 %
AMNIONITIS	3	5.88 %
TOTAL	51	100.00 %

Fuente: Departamento de Estadística de la Maternidad: Matilde Hidalgo de Procel.
Elaborado por: Gisela Romero, Jorge González

GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CAUSA INFECCIOSA ASOCIADA A AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 4.

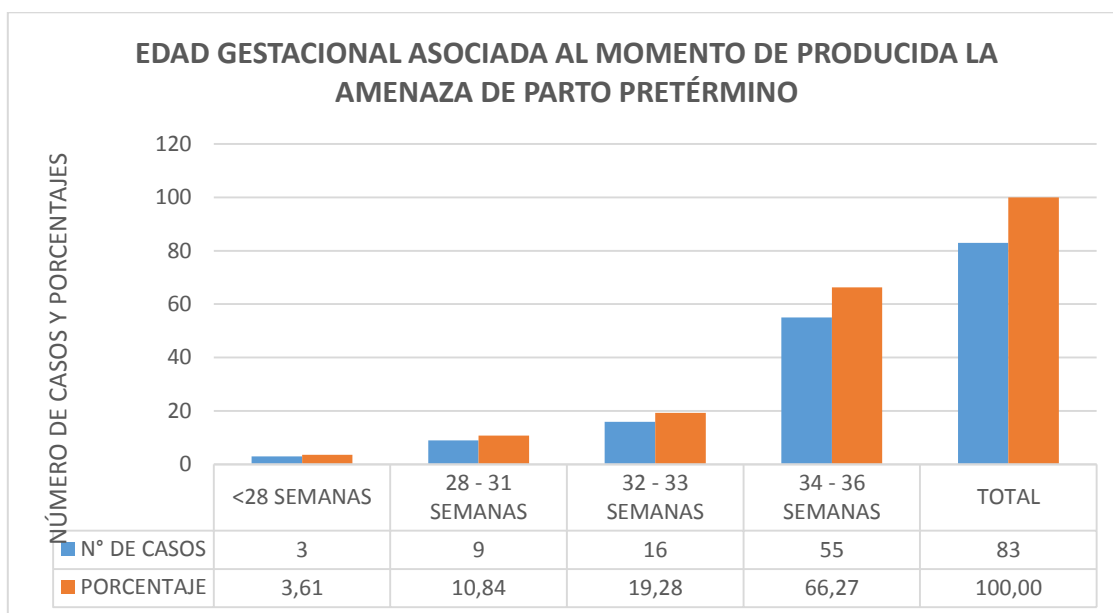
Entre las causas infecciosas, la infecciones de vías urinarias bajas representan el porcentaje más alto con un (62.75%), seguido de vaginosis bacteriana (23.53%), amnionitis y candidiasis vaginalis (5.88%) respectivamente y pielonefritis (2.33 %).

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE PRODUCIDA LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.

CAUSAS	N° DE CASOS	PORCENTAJE
<28 SEMANAS	3	3.61 %
28 - 31 SEMANAS	9	10.84 %
32 - 33 SEMANAS	16	19.28 %
34 - 36 SEMANAS	55	66.27 %
TOTAL	83	100.00 %

Fuente: Departamento de Estadística de la Maternidad: Matilde Hidalgo de Procel.
Elaborado por: Gisela Romero, Jorge González

GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE PRODUCIDA LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N ° 5.

La edad gestacional promedio al momento de aparecida la amenaza de parto pretérmino tuvo su porcentaje máximo en embarazos de 34 a 36 semanas con un (66.27 %), 32 – 33 semanas (19.28%), 28 – 31 semanas (10.84%), embarazos de menos de 28 semanas (3.61%) de casos.

CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSIONES

Una vez realizada la: Recolección, cuantificación tamizaje y validación de la información se obtuvieron como resultados, que durante el período de estudio definido para el presente trabajo de investigación se registraron un total de: 83 casos de adolescentes con amenaza de parto pretérmino, atendidas en la Maternidad: Dra. Martínez Hidalgo de Procel, donde se concluye lo siguiente:

- ✓ En relación a la distribución por grupo de edad, las mujeres entre 15 a 19 años presentaron la incidencia más alta de amenaza de parto pretérmino con un (62.65%), y el más bajo en mujeres de 11 a 14 años, que corresponden al (37.35%) de casos.
- ✓ La causas infecciosas fueron el principal desencadenante para amenaza de parto pretérmino en pacientes entre 11 a 19 años, con un (61.45%), seguido de poli hidramnios (24.10%), casusas de tipo hemorrágico (6.02%), causas traumáticas (4.82%), malformación fetal (2.41 %) y consumo de sustancias con el (1.20%).
- ✓ De las causas infecciosas predisponentes para amenaza de parto pretérmino la infección de vías urinarias bajas representan el porcentaje más alto con un (62.75%), seguido de vaginosis bacteriana (23.53 %), amnionitis y candidiasis vaginalis (5.88 %) respectivamente y pielonefritis (2.33 %).
- ✓ El número de controles prenatales tuvo una proporción inversamente proporcional con el número de amenaza de parto pretérmino así a menor número de controles mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino, de nuestra población de estudio las pacientes que tuvieron 7 o más controles a un (10.84%) con un total de 9 casos, mientras que las que no recibió ningún control corresponde al 39.76% de casos.
- ✓ La edad gestacional promedio al momento de presentarse la amenaza de parto pretérmino fué en embarazos de 34 a 36 semanas con un (66.27 %), 32 – 33 semanas (19.28%), 28 – 31 semanas (10.84%), embarazos de menos de 28 semanas (3.61%) de casos.
- ✓ Las mujeres con amenaza de parto pre-término, correspondieron a aquellas con poco conocimiento sobre los cuidados generales que una mujer debe tener durante el embarazo, además encontrarse en situaciones de riesgo como fueron: Madres

adolescentes, desempleadas, provenientes de hogares disfuncionales y con bajo nivel de instrucción académica e ingresos económicos.

5.2. RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos tras la realización del presente trabajo de investigación, las autoras recomendamos:

- ✓ Realizar controles prenatales oportunos, mediante la promoción de los servicios de salud en el primer nivel de atención identificando a aquellas embarazadas en situación de riesgo (embarazo adolescente), ya que las adolescentes objeto de estudio tuvieron como causalidad indirecta un número de controles prenatales mínimos y esto junto a la falta de asistencia médica oportuna, pueden resultar desfavorables para el producto y la salud de la madre.
- ✓ Fomentar la divulgación y promoción del uso de métodos anticonceptivos para disminuir la incidencia de embarazos adolescentes, junto con asesoría de salud sexual y reproductiva para concienciar a la población joven sobre los riesgos de embarazos no deseados a temprana edad tanto desde el punto de vista de salubridad, socioeconómico y cultural. Esto mediante programas de capacitación continua tanto en escuelas y colegios sobre salud sexual reproductiva
- ✓ Ejecutar los protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en sus guías de práctica clínica tanto para la atención del parto y parto pre término así como el referir a pacientes con complicaciones a unidades de tercer nivel para un adecuado tratamiento y control por especialidades.
- ✓ Promocionar normas de aseo y cuidado personal dirigido a mujeres adolescentes que cursan con embarazos, ya que la patología de tipo infecciosa es la principal causa identificada en el presente estudio, esto junto a los paradigmas sociales y psicológicos de la adolescente favorecen su aparición y posterior complicación. Esto mediante capacitación directa al momento del control prenatal haciendo énfasis en las normas de cuidado íntimo y hábitos comunes durante el embarazo.
- ✓ Realizar estudios similares en poblaciones de difícil acceso para tener una visión más real de lo que sucede en la actualidad y su efecto en la salud pública e individual de las adolescentes embarazadas.

5.3. PROPUESTA

Una vez finalizado el presente trabajo de investigación proponemos la realización de un programa de educación continua en salud sexual reproductiva a adolescentes entre los 11 a 19 años de edad para que conozcan desde los enfoques: Biológico, social, psicológico, emocional y sexual los riesgos y complicaciones del embarazo adolescente y la amenaza de parto pretérmino.

5.3.1. JUSTIFICACIÓN

La propuesta expuesta está plenamente justificada ya que a día de hoy el embarazo adolescente se ha constituido en problema social con tasas de incidencia anual cada vez más alto, reflejada en los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

5.3.2. OBJETIVO GENERAL

Difundir la información sobre los riesgos del embarazo adolescente tanto para la precoz madre como para el producto de la concepción que está sujeto a una evolución neonatal incierta debido a factores maternos desfavorables.

5.3.3. DESCRIPCIÓN

Los programas de educación deben estar enfocados en la identificación de factores riesgo por parte del adolescente como lo son: Inicio de vida sexual activa de forma temprana, promiscuidad, falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos tanto de barrera como farmacológicos, pero sobre todo a fomentar consciencia social sobre el llevar una vida sexual activa responsable y los riesgo padecer enfermedades de transmisión sexual: VIH – SIDA, sífilis, gonorrea, etc, cuyo número de casos por año van en aumento.

La educación sexual a la población adolescente debe ser dinámica con el fin que ellos puedan conocer de primera fuente lo que es un parto, lactancia y las responsabilidades asociadas a la maternidad y paternidad precoz.

Dicho esto, es nuestro deseo que la propuesta expuesta, sea una iniciativa significativa para contribuir a disminuir la tasa de complicaciones derivadas de la amenaza de parto pretérmino en embarazos adolescentes.

CAPÍTULO VI

6.1. BIBLIOGRAFÍA

1. Balbachan, E., & Berardo, N. (2002). Amenaza de parto pretermino. En W. Obstetricia, *Williams Obstetricia* (pág. 859). Madrid: Panamericana.
2. CABERO I ROURA, L. (2016). *MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*. MADRID: ERGON.
3. CARRERA J, J., & MALLAFRÉ, J. (1998). PROTOCOLOS DE OBSTETRICIA Y MEDICINA PERINATAL. En J. CARRERA , *PROTOCOLOS DE OBSTETRICIA Y MEDICINA PERINATAL* (pág. 75). BARCELONA: MASSON.
4. CUNNINGHAM F., G. (2006). *OBSTETRICIA DE WILLIAMS*. Dallas, Texas: McGrawHill.
5. DELGADO, J. (2007). Identificación de factores de riesgo para parto pretérmino. *Revista de la Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil*, 89.
6. DOOD, J. M., & FLENADY, J. (2005). Dodd JM, Flenady V, Cincotta R. *Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto premature.*, 63.
7. GOLDENBERG, R., & et.al. (2001). Vaginal fetal fibronectin levels and spontaneous preterm birth in symptomatic women. *Obstet Gynecol*, 225 - 228.
8. HOSPITAL BASE DE VALDIVIA - DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA. (2008). *Prevención de endometritis puerperal*. Valdivia.
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO (INEC). (14 de 07 de 2012). <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>. Obtenido de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
10. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR. (17 de 09 de 2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESCCT-Editogran1.pdf>
11. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. (2013). GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. En *GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DEL RN PREMATURO* (pág. 23). BOGOTA: COLCIENCIAS.
12. MORALES, O., & et.al. (2007). Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre Enero

- del 2003 y Mayo del 2006. Julio/Septiembre 2007. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet].*, 184 - 187.
13. MSP. (2008). *PROTOCOLO MATERNO*. Quito: MSP.
 14. OCHOA, A., & PEREZ, D. (2009). Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. En A. OCHOA , & D. PEREZ, *OBSTETRICIA* (pág. 113). Montevideo: Ateneo.
 15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2002). *Antibióticos profilácticos para el trabajo de parto prematuro con membranas intactas*. GINEBRA: La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.
 16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (8 de 11 de 2016). WHO. Obtenido de WORLD HEALTH ORGANIZATION: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
 17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (24 de 01 de 2017). *FACTORES DE RIESGO*. Obtenido de SALUD: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
 18. OWEN, J. (2011). Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA*, 286.
 19. PALACIO, M., & COBO , T. (2009). Cervical length and gestational age at admission as predictors of intra-amniotic inflammation in preterm labor with intact membranes. . *Ultrasound Obstet Gynecol.*, 34.
 20. PALACIO, M., & COBO, T. (16 de Agosto de 2007). Amenaza de parto prematuro. En M. PALACIO, & T. COBO, *Guía de práctica clínica* (pág. 235). Madrid: Panamericana.
 21. R., C., & et al. (s.f.). *CONTRACTILIDAD UTERINA NORMAL Y SUS ALTERACIONES*.
 22. ROMERO R, G. A. (1994). Premature rupture of membranes: when it occurs preterm. . *Conterporary Ob/Gyn* , pag39:19-32.
 23. Schwarcz, R. L. (2005). *OBSTETRICIA*. Buenos Aires: El Ateneo.
 24. SCHWARZ, R. L. (2005). *OBSTETRICIA*. Buenos Aires: El Ateneo.
 25. SKENTOU, C., & LIAO, W. (2013). Cervical length and funneling at 23 weeks of gestation in the prediction of spontaneous early preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 185 - 193.
 26. TRONNES, H., & WILCOX, A. (2014). RISK OF CEREBRAL PALSY IN RELATION TO PREGNANCY DISORDERS AND PRETERM BIRTH. *CHILD NEUROL*, 56.

27. VERGARA G., & e. (2009). *PROTOCOLO DE RUPTURA DE MEMBRANAS OVULARES*. Obtenido de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_RPM.pdf
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION . (2011). *Glosary on assited reproductive terminology*. Ginebra: WHO.