

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL
HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA
ALTAGRACIA, ABRIL-AGOSTO, 2019.



Trabajo de grado presentado por Karla Marie Lora Figuereo y Noroyska Heyaime
Henríquez para la obtención del grado de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción.	13
I.1. Antecedentes.	15
I.2. Justificación.	20
II. Planteamiento del problema.	22
III. Objetivos.	24
III.1. General.	24
III.2. Específicos.	24
IV. Marco teórico.	25
IV.1. Adolescencia	25
IV.1.2. Las etapas de la adolescencia	25
IV. 1.2.1 Etapas	25
IV.1.3. Embarazo en la adolescencia	26
IV.1.3.1. Factores que influyen en el embarazo adolescente	26
IV.1.3.2. Factores individuales	27
IV.1.3.3. Factores sociales	27
IV.1.3.4. Factores familiares	28
IV.1.3.5. Factores culturales	29
IV.1.3.6 Factores psicológicos	30
IV.1.3.7 Factores educativos.	30
IV.1.3.8 Factores económicos	31
IV.1.3.9 Factores institucionales	31
IV.1.4. Modelo de atención de enfermería.	32
IV.2. Amenaza de parto pretérmino	33
IV.2.1. Definición	33
IV.2.2 Parto pretérmino	34
IV.2.2.1 Clasificación	34

IV.2.3. Trabajo de parto pretérmino	34
IV.2.4. Factores de riesgo asociados con parto pretérmino	35
IV.2.4.1. Relaciones sexuales durante el embarazo	35
IV.2.4.2. Nivel socioeconómico bajo y/o pobreza y amenaza de parto pretérmino	36
IV.2.4.3. Gestantes adolescentes	36
IV.2.4.4. Embarazo múltiple y la reproducción asistida	37
IV.2.4.5. Tabaquismo, drogadicción y alcoholismo	37
IV.2.4.6. Vaginosis bacteriana como factor de riesgo para amenaza de parto prematuro	37
IV.2.4.7. Infección de vías urinarias (IVU) y amenaza de parto pretérmino	40
IV.2.4.8. Desnutrición	40
IV.2.4.9. Anormalidades congénitas uterinas	41
IV.2.5. Morbilidad obstétrica en la adolescente	41
IV.2.5.1. Control prenatal inadecuado	42
IV.2.6. Complicaciones	42
IV.2.6.1. Hipertensión inducida por el embarazo.	43
IV.2.6.2. Anemia.	43
IV.2.6.3. Rotura prematura de membranas	43
IV.2.6.4. Infecciones urinarias.	44
IV.2.6.5. Crecimiento intrauterino retardado.	44
IV.2.6.6. Presentaciones fetales distócicas.	44
IV.2.6.7 Desproporciones céfalo-pélvicas.	44
IV.2.6.8. Otras complicaciones.	45
IV.2.6.8.1. Cirugía materna abdominal.	45
IV.2.7. Recién nacido de madre adolescente	45
IV.2.7.1. Peso.	45
IV.2.7.2. Internación en neonatología.	45
IV.2.7.3. Malformaciones.	46
IV.2.7.4. Mortalidad perinatal.	46

IV.2.8. Diagnóstico	46
IV.2.9. Conducta	47
IV.2.9.1. Conductas generales	48
IV.2.10. Tratamiento	48
IV.2.10.1. Tratamiento de ataque	49
IV.2.10.1.1. Clorhidrato de isoxuprina:	49
IV.2.10.1.2. Ritodrine	49
IV.2.10.1.3. Hexoprenalina	49
IV.2.10.1.4. Sulfato de magnesio	50
IV.2.10.1.5. Indometacina	50
V. Operacionalización de las variables.	52
VI. Material y métodos.	55
VI.1. Tipo de estudio.	55
VI.2. Área de estudio	55
VI.3. Universo.	55
VI.4. Muestra.	56
VI.5. Criterios	56
VI.5.1. De inclusión	56
VI.5.2. De exclusión	56
VI.6. Instrumento de recolección de datos	56
VI.7. Procedimiento	58
VI.8. Tabulación	59
VI.9. Análisis	59
VI.10. Aspectos éticos	59
VII. Resultados	60
VIII. Discusión	77
IX. Conclusiones	82
X. Recomendaciones	85
XI. Referencias	86
XII. Anexos	94
XII.1. Cronograma	94

XII.2. Consentimiento informado	95
XII.3. Instrumento de recolección de datos	96
XII.4. Costos y recursos	98
XII.5. Evaluación	99

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por darnos la fuerza y sabiduría necesaria para cumplir esta meta en nuestras vidas, por ser soporte en los momentos de dificultad y tropiezo. Gracias por llenarnos de la perseverancia necesaria y paciencia, para no rendirnos y concluir con este sueño.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, a la escuela de medicina, a los maestros que nos formaron tanto en conocimiento como en práctica, a las secretarías de la escuela Ivelisse, Angela, Docas, por su paciencia y orientación durante estos años.

Al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia, en especial a los doctores de la emergencia y el área de parto, por orientarnos, explicarnos y ayudarnos durante nuestro proceso, por facilitarnos todo lo que estuviera en su alcance para poder realizar un mejor desempeño en nuestra labor.

A la Dra. Gladys Cerda, por haberse tomado el tiempo y brindarnos aportes para nuestro trabajo de investigación. Por su disposición y ayuda en cada momento.

A Rubén Darío Pimentel, por sus consejos en el desarrollo de este trabajo, aunque sabemos que no le gusta que le digan Doctor, por su excelente amabilidad y por compartir un poco de ese gran conocimiento y ese espíritu libre, gracias por su disposición y las tardes de café.

A nuestros padres por su apoyo incondicional, por siempre estar ahí y brindarnos soporte en cada uno de nuestros sueños, por su motivación y dedicación con nosotras, por ser pacientes y acompañarnos después de tantos años para poder ver hoy el fruto de su trabajo. Por su continuo respaldo incluso desde la distancia, gracias por confiar en nosotras siempre.

A todas aquellas personas que aportaron en el desarrollo de esta tesis, con su conocimiento o con una palabra de apoyo. En especial a dos compañeras, Yennifer Burgos y Franmy Vásquez quienes fueron gran soporte, por su disposición, ayuda y apoyo en cada uno de los pasos para realizar este trabajo.

También a Yaritza Montes De Oca por su ayuda, tiempo, disposición, por servir de gran soporte y siempre estar presente.

Karla Marie Lora Figuereo y Noroyska Heyaime Henríquez

DEDICATORIA

A mi abuela Francia Henríquez, que hoy está en la gloria de Dios. Soy lo que soy gracias a ti, sigues siendo mi fuerza y mi motor desde el cielo. Orgullosa y honrada de ser tu nieta.

A mi cómplice, amiga, hermana, mi todo, mi madre Glennys Henríquez. Pensé que no lo iba a lograr, pero contigo todo es posible. No soy nadie sin ti.

Comenzaste conmigo este proyecto y lo terminaste, no fue fácil, pero estuviste motivándome y no dejándome rendir, eres mi ejemplo de no darme por vencida.
Daniel Curiel

Mi luz al final del túnel, gracias por creer y confiar en mí. Un gran ejemplo de superación y humildad.
Arq. Cesar Francisco Curiel

Noroyska Heyaime Henríquez

Uno de los motivos por el que decidí estudiar medicina, Tú. Mi soporte, mi mano derecha, porque este logro es tanto mío como tuyo, que estuviste en cada momento, ayudándome con cada una de mis labores y en los momentos más difíciles y tristes también, siempre alentándome a ser diferente al resto y sobresalir, a ser mejor. Raysa Figuereo

Una de las luces de mi vida, esto también es para ti. Gracias por estar siempre a mi lado, por tu paciencia y por explicarme 20 mil veces, aunque no entendiera. Te amo.

Amir Lora

A mi papi amado, que sin él no hubiera sido posible este logro, para ti, por ti, por siempre estar, por tus consejos, por siempre ayudarme y querer lo mejor para mí, por esforzarte para que crezca y aprenda cada día más. Porque haces que la distancia no se sienta tan mal y triste por tu forma de ser y buscar siempre la manera de esta presente desde lejos.

Ramon Lora

A mis queridos abuelos, mi amada Tete, porque en cada momento difícil siempre me recordabas que tenga Fe, que todo saldrá bien, porque cuando lloraba porque me iba mal en un examen, tú me consolabas y me alentabas. Por ser una madre más para mí, por siempre estar preocupada y pendiente.

A mi abuelo Mateo, por el soporte, por animarme, por ser el ejemplo de un padre, por motivarme a seguir, por siempre estar para recordarme el compromiso que implica esta carrera que elegí. Por siempre demostrarme lo orgulloso que esta de mí, mis logros y el triunfo de ser una doctora.

A mi querida abuela Dulce, por sus brillantes ideas, por todo su amor, porque siempre me recuerda que todo tiene alguna solución, que no me deje abrumar, que de alguna forma saldremos a flote. Porque a pesar de la distancia siempre

estabas a la orden y pendiente de mí y mis logros, por ser tan servicial y siempre con tanta alegría y amor ayudarme, enseñarme.

A mi tía Rosalba Lora, la cual me sirvió de inspiración debido a que ella tuvo dos partos prematuros y su situación y las complicaciones que presento en cada uno de ellos me sirvieron de motivación para realizar dicho trabajo.

A cada uno de mis primos que nacieron prematuros Harrington Ventura y Amantina Quiñones.

Por último, pero no menos importante, a una persona que llegó a mi vida gracias a Dios, para ser una madre más, para traer alegría a mi vida. Gracias a Dios, a la vida y a mi papa, porque formas parte de mi familia, porque sin ti este sueño no hubiera sido posible. Por todo tu amor incondicional, por ser tan servicial, por tus ideas, por siempre brindar una mejor opción, por siempre inspirarme a ser mejor. Una persona a la cual le tengo una gran admiración quisiera algún día llegar a ser la mitad de lo tremenda mujer que eres tú. No hay palabras para describir todos los sentimientos que me inspiras, por ahora quisiera agradecerte y decirte que te amo.

Janaliz Vargas

Karla Marie Lora Figuereo

RESUMEN

Se realizó un estudio en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019. Fue un estudio observacional, descriptivo, con recolección prospectiva de datos, cuyo objetivo era determinar los factores de riesgo relacionados con amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes.

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de 257 pacientes adolescentes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario conformado por 9 preguntas, también se utilizó el cuestionario de Estratificación de riesgo Papiernik-Berhauer Modificado Por Gonik- Creasy (1986) Parto Pretérmino, el cual tiene una puntuación en base a 4 variables que son: el estatus socioeconómico, historia obstétrica previa, hábitos diarios y embarazo actual. La puntuación presenta el siguiente intervalo, del 1-5 y el número 10.

Predominaron las jóvenes de 17 a 19 años. La edad gestacional entre las 33 y 36 semanas fue de mayor frecuencia (53.6). Los casos de amenaza de parto pretérmino y vaginitis son de alta frecuencia (32). Se identificaron, asociados a la amenaza de parto pretérmino las infecciones de vías urinarias (14.4), la ruptura prematura de membranas (12.5). El grado de escolaridad, el 49 por ciento pertenecían a la secundaria. De acuerdo con los determinantes sociales, la mayoría de las pacientes se encontraban desempleadas (78.2), presentaban unos ingresos de menos de 10 mil pesos (3.11). En cuanto a los controles prenatales un 48.2 por ciento presento de 3 a 4 controles. El periodo intergenésico que predomino fue de 5 a 8 meses (23.7). En cuanto a la historia obstétrica previa, las primigestas representaron el 45 por ciento y las multigestas el 54.9 por ciento. La hipertensión arterial crónica fue la patología crónica de mayor frecuencia (4.7).

Palabras clave: Factores de riesgo, amenaza parto pretérmino, determinantes sociales, adolescentes, vaginitis, preeclampsia, infección de vías urinarias.

ABSTRACT

A study was carried out at the Maternity Hospital Nuestra Señora de la Altagracia, April-August 2019. It was an observational, descriptive study, with prospective data collection, which objective was to determine the risk factors related to the threat of preterm birth in pregnant women teenagers.

A non-probabilistic sampling was carried out, for convenience, of 257 adolescent patients diagnosed with a threat of preterm birth. A questionnaire was used for data collection, which was made up of 9 questions, the Risk Stratification Papiernik-Berhauer Modified by Gonik-Creasy (1986) Preterm Birth questionnaire was also used. which has a score based on 4 variables that are: socioeconomic status, previous obstetric history, daily habits and current pregnancy. The score has the following range, 1-5 and the number 10.

Young women aged 17 to 19 predominated. Gestational age between 33 and 36 weeks was more frequent (53.6). The cases of threat of preterm birth and vaginitis are high frequency (32). Associated with the threat of preterm birth urinary tract infections (14.4), premature rupture of membranes (12.5). The degree of schooling, 49 percent belonged to high school. According to the social determinants, most of the patients were unemployed (78.2), had incomes of less than 10 thousand pesos (3.11). As for prenatal controls, 48.2 percent presented 3 to 4 controls. The predominant intergenic period was 5 to 8 months (23.7). As for the previous obstetric history, the woman bearing her first child represented 45 percent and the multiple pregnancies represented 54.9 percent. Chronic arterial hypertension was the most frequent chronic pathology (4.67).

Keywords: Risk factors, preterm birth threat, social determinants, adolescents, vaginitis, preeclampsia, urinary tract infection.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la Salud (OMS)¹ define a la adolescencia como la época comprendida entre los 10 y 19 años. Desde el punto de vista de la salud reproductiva, se trata de una etapa esencial. Surgen cambios radicales en el cuerpo, aparecen nuevas sensaciones, aunque al mismo tiempo, los adolescentes sienten en forma gradual las presiones del medio.²

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población, siendo el embarazo una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente.³

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

Según la OMS en el 2018, unos 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría de estas en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 y 19 años en todo el mundo.⁴

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, parto pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido.

El grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa.⁵

Así mismo el recién nacido puede presentar bajo peso al nacimiento y complicaciones severas que lo pueden llevar a la muerte.⁶

El parto pretérmino es considerado como la principal causa de morbilidad neonatal. Según la organización mundial de la salud, el parto prematuro es aquel que ocurre antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación o antes de los 259 días contados a partir del primer día de la última regla. De este mismo modo señalan que se puede clasificar en: prematuros extremos (menos de 28 semanas de edad gestacional), muy prematuros (28 a 32 semanas de edad gestacional), prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas de edad gestacional). En la mayor parte de los casos existe una correspondencia entre el peso y la edad gestacional, por lo que la mayoría de los productos de bajo peso son prematuros y por ello es frecuente utilizar indistintamente ambos indicadores para valorar la madurez fetal.⁷

Los nacimientos prematuros representan un importante problema de salud pública el cual debe enfrentar tanto el obstetra como el neonatólogo. El obstetra tiene el deber de anticiparse a un posible parto prematuro y esto solo lo puede lograr mediante un adecuado conocimiento sobre las bases de este problema. Es necesario conocer bien las causas de parto pretérmino, entender bien las complicaciones que estos conllevan y a su vez conocer sobre las prácticas que podrían ayudar a prevenirlos y de esta forma disminuir la incidencia de este. Muchos estudios han demostrado como factores sociodemográficos como la edad, la escolaridad, hábitos tóxicos, complicaciones como parto prematuro previo, infecciones de vías urinarias, cervicovaginales, niveles tensionales altos, entre otros, juegan un papel muy importante en el desarrollo de este proceso.⁸

I.1. Antecedentes

Alarcón Celedonio, J.C., (2016). Realizó un estudio en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” en Lima, Perú; donde se estudió los factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes. Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo, cada muestra estuvo conformada por 54 gestantes que acudieron a dicho hospital, para el análisis univariado se empleó las frecuencias absolutas, relativas, el promedio y la desviación estándar y se obtuvo como resultado, que los factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes fueron el no tener instrucción ($p=0.028$; $OR=7.89$), la nuliparidad ($p=0.038$; $OR=3.86$), el índice de masa corporal anormal ($p=0.035$; $OR=2.49$), la ruptura prematura de membranas ($p=0.002$; $OR=5.74$), la anemia ($p=0.041$; $OR=2.34$) y la infección vaginal ($p=0.029$; $OR=2.41$). Se concluye que la falta de instrucción, nuliparidad, el índice de masa corporal anormal, la ruptura prematura de membranas, la anemia y la infección vaginal son factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas.⁹

Barrera Sánchez, L.F; Manrique Abril, F.G & Ospina Diaz; J. M (2016). Realizaron un estudio en el Hospital San Rafael de Tunja en Boyacá, Colombia, para determinar los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes. Para la realización de este se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron parto pretérmino. Se registraron datos básicos y de interés de la historia clínica, se adelantó un análisis univariado y se exploró la fuerza de asociación con miras a relacionar los posibles factores que con más frecuencia se encontraron asociados al parto pretérmino en jóvenes adolescentes, arrojaron una prevalencia del PP 6,1; media de edad 17,3 años ($SD=1,76$; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40 por ciento asistió de 0 a 3 controles, 33.3 por ciento asistió de 4 a 6 controles y 26.7 por ciento asistió de 7 a 9 controles.

En conclusión, el parto pretérmino ocurrió en 6.1 por ciento de las gestaciones adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el parto pretérmino son hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad.¹⁰

Aliaga Rafael, G.C; (2018). Realizó un estudio en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” en Lima-Perú, donde se buscaba determinar los factores clínicos asociados al parto pretérmino en gestantes. Es un estudio retrospectivo, observacional, analítico de tipo casos y controles. Se tomó por muestreo 160 embarazadas. El estudio determino que los factores de riesgo asociados al parto pre termino fueron: la edad materna menor a 20 años (OR= 3.18 p=0.00 IC95% =1.41-7.18), control prenatal inadecuado (OR= 4.11 p=0.00 IC95%=1.55-10.88), multiparidad (OR =5.00 p=0.00 IC95%=2.53-9.85), embarazo múltiple (OR=3.46 p=0.01 IC95%=1.19-10.04), preeclampsia (OR=4.94 p=0.02 IC95%=1.03-5.07), infección del tracto urinario (OR=2.46 p=0.01 IC95%=1.19-5.07), desprendimiento prematuro de placenta (OR=3.35 p=0.03 IC95%= 1.03-10.88). Se concluyó que el perfil de los factores clínicos asociados significativamente al parto pretérmino fue: edad materna menor a 20 años, control prenatal inadecuado, multiparidad, embarazo múltiple, preeclampsia, infección del tracto urinario, desprendimiento prematuro de placenta.¹¹

Mamani Peña, B.Y (2016). Realizó un estudio en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en Tacna-Perú, donde se buscaba determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Consiste en un estudio retrospectivo, de corte transversal, analítico, de caso y control. La muestra es de 266 pacientes. Se empleo la prueba del chi cuadrado con nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Se considero factor de riesgo a toda variable con $OR > 1$ e IC 95%. El estudio encontró que las variables asociadas fueron: los factores socioeconómicos, el grado de instrucción analfabeta, de los factores biológicos la adolescencia, el sobrepeso y obesidad; de los factores obstétricos la nuliparidad y la multiparidad; el periodo intergenésico corto y largo y de los factores clínico-maternos, la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas.

Se concluyó que ser analfabeta, madre adolescente, presentar sobrepeso y obesidad, la nuliparidad y multiparidad, presentar infecciones del tracto urinario y ruptura prematura de membranas son factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino.¹²

Martínez Cancino, G.A; Díaz Zagoya, J.C; Romero Vázquez, A (2017). Realizaron un estudio en el Hospital Regional de Alta Especialidad del sureste mexicano para identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Se realizó un estudio observacional de casos y controles, retrospectivo, analítico con 155 casos e igual número de controles. Se obtuvo como resultado que dentro de las variables analizadas los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que tenían ninguna patología, el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías. Se concluyó que conforme menor es la edad gestacional en las adolescentes embarazadas, los factores de riesgo de parto pretérmino aumentan notablemente.¹³

Guevara Fustamante, S. (2018). Realizó un estudio en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota en Cajamarca, Perú, donde buscó determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas. Este correspondió a un tipo de estudio descriptivo correlacional con diseño no experimental de corte transversal, se realizó en un total de 89 gestantes que acudieron a emergencias del mencionado Hospital y se obtuvo los siguientes resultados: el mayor porcentaje de mujeres perteneció al grupo etario de 20-24 años (33,7%); la mayoría tuvo como grado de instrucción secundaria completa (30,3%), el 71,9% eran amas de casa, el 83,1% fueron convivientes, el 58,4% procedentes de la zona rural, el 66,3% no presentó antecedente de aborto, 65,2% presentaron entre 4-6 atenciones prenatales, el 56,2% tuvo preeclampsia tanto leve como severa, el 74,2% no presentó rotura prematura de membranas, el 37,1% fueron multíparas.

El 88,8% no tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, el 86,5% no tuvo placenta previa, el 71,9% no presentaron antecedente de parto pretérmino y la mayor parte de gestantes tenían entre 32 a < 37 semanas de gestación (85,4%). Se encontró asociación entre las variables amenaza de parto pretérmino y el antecedente de aborto ($p= 0,022$); amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia ($p= 0,050$); amenaza de parto pretérmino y placenta previa ($p= 0,004$).¹⁴

Lara sosa G, Phipps Melo A. (2013). Realizaron un estudio en el Hospital de la Mujer Dominicana en República Dominicana, con el fin de establecer las principales características de los partos prematuros en adolescentes. Se realizó un estudio observacional, analítico de casos controles, retrospectivo. Se seleccionaron 145 adolescentes quienes estuvieron en labor de parto. Se encontró significancia en las siguientes variables: antecedentes gineco-obstétricos, hábitos tóxicos, antecedentes personales patológicos, infección de vías urinarias, cervicovaginitis, vaginosis, embarazos múltiples, preeclampsia y rotura prematura de membranas. Basándonos en los resultados, se concluye que los factores de riesgo encontrados tienen una marcada relación con la aparición del parto prematuro y se debe estimular a si temprana detección y prevención para disminuir su incidencia.¹⁵

Ríos Cardona, KM, (2015). Realizo un estudio en el Hospital General Plaza de la Salud en República Dominicana, con el que busco determinar la prevalencia de los principales factores de riesgo que pudieron haber predisuesto a las pacientes a tener un parto pretérmino. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal con información retrospectiva, donde se revisaron los expedientes clínicos de 74 pacientes que tuvieron parto pretérmino. El 31 por ciento de las pacientes estuvieron entre 26-30 años, con una media de 29 años y una desviación estándar de +/- 5 años. El 53 por ciento ($n=39$) fueron bachilleres. En la edad gestacional, el 57% ($n=42$) estuvo entre 34-36 semanas de gestación, con una media de 32 semanas y una desviación estándar de +/- 4 semanas. Como enfermedad crónica, el 41 por ciento ($n=30$) presentó HTA esencial.

En cuanto a la historia obstétrica, las multigestas, fueron, el 68 por ciento (n=50) de los casos, el 68 por ciento era múltipara y solo el 71 por ciento presentó historia de aborto. El 95 por ciento (n=70) tuvo un único producto. El 82 por ciento (n=61) tuvo un parto inducido. El 5 por ciento presentó tabaquismo como hábito tóxico. 23 por ciento (n=17) de las pacientes presentó historia de parto prematuro previo. En cuanto a la infección cervicovaginal activa y la infección de vías urinarias activas, el 9 por ciento (n=7) de las pacientes las presentó, respectivamente. Un 23 por ciento (n=17) de las pacientes presentó ruptura prematura de membrana. En cuanto a las complicaciones, el puerperio patológico se percibió en 5 por ciento de los pacientes. La población con mayor prevalencia de factores de riesgo para parto pretérmino fueron las adultas jóvenes de 26-30 años. Se concluyó que el factor de riesgo predominante en estas pacientes fue la multiparidad, mientras que la complicación más frecuente fue el puerperio patológico.⁸

Almonte Muñoz, E.J (2014). Realizó un estudio en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en República Dominicana, con el propósito de determinar la asociación entre infecciones cervicovaginales como causa de amenaza de parto pretérmino en embarazadas. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, con recolección retrospectiva de datos. Los casos de amenaza de parto pretérmino e infecciones cervicovaginales es de alta frecuencia 54.7 por ciento. Predominaban jóvenes de 18-24 años (61%), la hipertensión arterial fue la patología crónica de mayor frecuencia (12.2%), y las infecciones de vías urinarias fueron las de mayor asociación entre las agudas (9.8). La edad gestacional entre las semanas 31 y 37 fue de mayor frecuencia (68.3). La multiparidad estuvo asociada en mayor medida a las infecciones cervicovaginales (63.4). La vaginitis por *trichomonas vaginalis* fue la infección cervicovaginal más prevalente y frecuente (70.7%), seguido por la candidiasis vulvovaginal (17.1%). Este trabajo corrobora la alta asociación entre infecciones cervicovaginales y amenaza de parto pretérmino con un riesgo relativo de 33.1 por ciento mayor en las que presentaban infecciones además

que la frecuencia por vaginitis por *trichomonas* es sumamente alto en la población estudiada.¹⁶

I.2. Justificación.

El embarazo adolescente ha sido ampliamente estudiado a nivel mundial, los resultados de diversos estudios son variados y contradictorios. Se ha asociado con un aumento de riesgo de distintas complicaciones obstétricas y perinatales, tales como hemorragia postparto, bajo peso al nacer, preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, etc. La misma adolescencia representa también un factor de riesgo para parto pretérmino, que se define como aquel que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación; el cual además de ser un inconveniente gineco-obstetra es también actualmente el mayor reto clínico en la medicina perinatal, puesto que está relacionado con un índice elevado de morbimortalidad a corto y largo plazo en el recién nacido.¹⁷

El parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. La organización mundial de la salud (OMS) estimó para el 2018 que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros y esa cifra está aumentando. De los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5 por ciento y el 18 por ciento de los recién nacidos.¹⁸

Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, representa la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, y estas provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones actuales y coestoefficaces.¹⁸

La importancia de esta investigación radica en el impacto que tiene actualmente el parto prematuro en la República Dominicana, ya que la prematuridad y el bajo peso son la principal causa de muerte en los niños.

Según informo el encargado de la División de Salud Materno Infantil y Adolescentes, del Ministerio de salud, 8 de cada 100 nacidos vivos nacen prematuramente,¹⁹ esto genera un gran impacto a nivel social y un alto costo a nivel sanitario, debido a la necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales y la existencia de secuelas a largo plazo.

Y a pesar de esto las investigaciones referentes al mismo y sus características son limitadas.

Debido a esto, el siguiente estudio estuvo dirigido a investigar los factores de riesgo que están asociados al parto pretérmino en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, priorizando factores en los que existe un mayor potencial de prevención para determinar el momento de la intervención durante el embarazo, poniendo en juego los conocimientos clínicos capaces de detectar precozmente el riesgo de cada factor con el objetivo de obtener recién nacidos sanos, en una edad gestacional adecuada y una reducción de la morbimortalidad infantil.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prematuridad es un grave problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que generan, y en los últimos 20 años se ha registrado un incremento en las tasas de nacimientos prematuros. 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. En los últimos años se ha registrado que nacen aproximadamente 15 millones de neonatos prematuros, es decir, más de 1 en 10 nacimientos.²⁰

La tasa anual en los Estados Unidos de nacidos prematuros ha alcanzado un pico de 12.8 por ciento en el 2006 y fue de 11.7 por ciento en el 2011. Asimismo, en los países europeos la tasa se encuentra entre el 5 y 9 por ciento. Sin embargo, la frecuencia varía entre 5 y 12 por ciento en las regiones desarrolladas del mundo, y es hasta 40 por ciento en las regiones más pobres. En los países de ingresos bajos, hay una media del 12 por ciento de parto prematuro, frente al 9 por ciento en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro.²⁰

Así mismo, la frecuencia de parto prematuro en República Dominicana es de 8 de cada 100 nacidos vivos en el año 2017. Según informó el encargado de la División de Salud Materno Infantil y Adolescentes del Ministerio de Salud.¹⁹

Dentro de los determinantes que pueden afectar el embarazo en adolescentes y adultas y que se relacionan con la prematuridad, se encuentran la pobreza, estructura familiar, calidad de la vivienda, acceso a alimentos saludables, acceso a servicios de salud y de atención primaria, cohesión social, acceso a empleo, situación laboral, entornos escolares seguros e ingreso a la educación superior, controles prenatales adecuados, problemas durante el embarazo y debido al mismo. Se estima que los determinantes sociales y ambientales tienen dos veces el impacto en la calidad de la atención en salud y en la salud en general de un individuo, que los otros determinantes. Muchos de los prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.²¹

La prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienza con un embarazo saludable. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres. Una atención adecuada, un control prenatal exhaustivo y una detección temprana de los factores de riesgo pueden colaborar a disminuir la incidencia del parto prematuro. Un tratamiento adecuado como, por ejemplo, la administración de inyecciones de esteroides prenatales a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer los pulmones del bebé y también administración del surfactante, en caso de ser necesario, reposo, una dieta adecuada, entre otras formas de tratamiento, pueden representar la solución para dicha problemática.¹⁸

Después de haber expuesto todas estas problemáticas, es necesario conocer que determinantes y factores se asocian al parto pretérmino, ya que estudios realizados revelan que un 27 por ciento de amenazas de parto pretérmino se resuelven espontáneamente y cerca de un 70 por ciento progresan a parto.²² Por dichas razones se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes que asisten al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar los factores de riesgo relacionados con amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes que asisten al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

III.2. Específicos

1. Determinar la edad de las adolescentes.
2. Identificar el grado de escolaridad de las adolescentes.
3. Describir los determinantes sociales que presenten las adolescentes.
4. Identificar la edad gestacional en la que se presenta con mayor frecuencia el parto pretérmino.
5. Identificar la historia obstétrica previa.
6. Establecer los controles prenatales de las adolescentes.
7. Determinar el período intergenésico de las adolescentes.
8. Identificar las comorbilidades de las adolescentes.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia

Es uno de los periodos más importantes en la vida humana que demanda el ajuste del individuo para funcionar con respecto a si misma y con el medio. Es una época de rápidos cambios y difíciles pasos. Existen diferentes criterios para enmarcar este periodo; varios autores los sitúan entre los 11 y 21 años, para otros comprenden de 11 a 19 años, pero la mayoría coincide en ubicarlo entre los 10-19 años.²³

IV.1.2. Las etapas de la adolescencia

Se suele dividir las etapas de la adolescencia en tres. Cada etapa trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos, y de comportamiento.

El desarrollo de los niños de 10-19 años no solamente está determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan en su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas en ellos por los adultos con los que conviven y las influencias sociales.²⁴

IV. 1.2.1 Etapas

Adolescencia temprana (10-13 años)

1. Menos interés en el padre, madre; intensa amistad con adolescentes del mismo sexo; ponen a prueba la autoridad y necesitan privacidad.
2. Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía, estado de turbulencia, falta de control por impulsos, metas vocacionales irreales.
3. Preocupación por los cambios puberales, incertidumbre acerca de su apariencia.^{24,25}

Adolescencia media. (14-16 años)

1. Periodo de máxima interrelación con los padres, y del conflicto con los padres, madres; aumento de la experimentación sexual.

2. Conformidad con los valores de los padres, sentimientos de vulnerabilidad, conductas omnipotentes, generalidad de riesgos.
3. Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinantes por la moda.^{24,25}

Adolescencia tardía. (17-19 años)

Emocionalmente próximo a sus padres, madres, a sus valores. Las relaciones íntimas son prioritarias, el grupo de padres se torna menos importante.

1. Desarrollo de un sistema de valores, metas vocacionales reales, Identidad personal y social con capacidad de intimar.
2. Aceptación de la imagen corporal.^{24,25}

IV.1.3. Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: «el que ocurre en mujeres menores de 19 años y cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen».

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque de mejorarse las condiciones, ella podría descender.²⁶

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicaciones del aborto.

En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

IV.1.3.1. Factores que influyen en el embarazo adolescente

Durante la adolescencia se viven varias etapas que predisponen a factores de riesgo. El embarazo es un problema multicausal. Se han encontrado factores individuales, biológicos, sociales, familiares, culturales, psicológicos, educativos, que conllevan a consecuencias en la familia iniciando sentimientos de enojo, dolor y confusión que posteriormente se remplaza por el cambio de roles, siendo

las abuelas las cuidadoras primarias del niño o niña, la adolescente disminuye el vínculo madre-hijo, se incrementa la morbilidad y mortalidad en la infancia.²⁷

IV.1.3.2. Factores individuales

A nivel individual para la adolescente el embarazo puede verse afectado por diversos factores, entre los cuales se mencionan:

La orientación de amigos, curiosidad, la presión social, y la diversión propician a que muchos adolescentes contraigan adicciones, como el alcoholismo y drogadicción.

Dificultad para desarrollar su proyecto de vida.

1. Falta de previsión, las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas lo que dificulta la utilización de un método anticonceptivo.
2. Menarquía precoz.
3. Falsas creencias sobre la maternidad.
4. Falta de actitud preventiva.
5. Comportamientos de suicidio.
6. Tener una relación cercana.
7. Estar enamorada de su pareja.
8. Sentirse mayor o con independencia o autonomía.²⁷

IV.1.3.3. Factores sociales

Los altos índices de desempleo, pobreza, hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo que se observan actualmente en el país, este es un aspecto que cabe destacar, es de escasa posibilidad conseguir una fuente de trabajo, principalmente en la adolescente ya que esto interfiere para la realización personal, la identidad social y en la vida familiar. A nivel nacional existe una gran cantidad de jóvenes que no encuentran empleo y tampoco estudian, estos adolescentes tienen mucho tiempo disponible, lo que favorece a adoptar otros factores de riesgo como:

1. Influencia de los medios de comunicación como las redes sociales, varios de ellos utilizan la sexualidad para vender productos, así como la difusión de mensajes y modelos que impulsan a las adolescentes a tener conductas de riesgo.
2. Pobreza, migración, desintegración familiar.
3. Inicio a temprana edad la vida sexual por presión de amigos o el novio.
4. Marginación Social, manifestaciones de conductas violentas.
5. Matrimonio forzado. Las adolescentes no se casan por su voluntad, los padres o hermanos se ven obligados a casarlos por cultura o por un interés económico.
6. Vergüenza. A los comentarios de familia, amigos, vecinos.
7. Discriminación. No se da la oportunidad de desarrollarse como mujer. Vivir en el área rural.
8. Dificultad al acceso a información adecuada sobre métodos de planificación familiar y de educación sexual.
9. Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad en la familia y medios de comunicación.
10. Incremento de la tasa de natalidad en edades de 10 a 19 años
11. Abuso sexual, violencia.²⁸

IV.1.3.4. Factores familiares

La familia es el vínculo nuclear que tiene el adolescente. Permite conservar los valores y la estabilidad. Algunos procesos influyen en el desarrollo de la adolescencia y pasan a constituir un estilo de vida y pueden convertirse en factores protectores, porque a través de ello se va formando su identidad e independencia. El adolescente toma decisiones por sí mismo, por lo que atraviesa desequilibrios e inestabilidades que implican transformaciones, por ello no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia acerca de temas como la sexualidad, lo que puede tener consecuencias

como embarazos no deseados. La comunicación es un factor determinante en relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerán con los demás.²⁹

Entre los factores familiares están los siguientes:

1. Familias numerosas, presión de los familiares, insistencia de buscar una pareja madre o padre ausente. Conductas sexuales de riesgo.
2. Madre o padres indiferentes, relación negativa entre padre, madre y adolescente.
3. Familias desintegradas.
4. Pérdida de un ser querido.
5. Enfermedad crónica de algún familiar.
6. Madre o hermana con embarazo en la adolescencia.²⁶

IV.1.3.5. Factores culturales

La alta vulnerabilidad a la que se expone el adolescente puede tener complicaciones negativas principalmente porque enfrentan cambios de cultura, en consecuencia, una libertad sexual. Los embarazos en adolescentes en su mayoría son aceptados, culturalmente es una solución a los problemas económicos de las familias numerosas. Entre estos factores se encuentran los siguientes:

1. Fantasías de esterilidad, inician a tener relaciones sexuales a temprana edad que las lleva a creer que no se embarazarán.
2. Padres muy exigentes y dominantes impulsan al matrimonio en la adolescencia.
3. Aceptación cultural de la fecundidad temprana.
4. Distorsión de la información.
5. Machismo como valor cultural.
6. Estereotipos de género que discrimina a la mujer.²⁷

IV.1.3.6 Factores psicológicos

La adolescencia conlleva cambios significativos, principalmente en el embarazo, los cambios psicológicos que afectan el estado de ánimo y comportamiento, la salud mental de la adolescente quien necesita atención y cuidado con especial énfasis en salud mental porque eventualmente es notable que las adolescentes durante el embarazo estén expuestas y existe un alto índice de vulnerabilidad a violencia, maltrato y disfunción familiar. Entre los factores psicológicos están los siguientes:

1. Confusión en elegir sus amistades.
2. Tristeza. Sentirse sola sin apoyo de un ser querido ante el embarazo.
3. Miedo, vergüenza, pocas amistades con quien comparte, pena de expresar sus sentimientos.
4. Presión de los familiares, insistencia de buscar una pareja.
5. Enfermedad mental, incremento en violaciones, tener relaciones sexuales forzadas sin el consentimiento.²⁷

IV.1.3.7 Factores educativos.

Dentro de los factores educativos se encuentran:

1. Bajo nivel educativo. Los niveles de escolaridad particularmente en los adolescentes del área rural tienen menos acceso a la educación básica pues los institutos son muy pocos y menos accesibles.
2. Abandono escolar. Por falta de recursos económicos el adolescente decide abandonar sus estudios. No tiene un ingreso para sufragar los gastos estudiantiles.
3. Falta educación sexual. En los centros educativos no se da a conocer temas de sexualidad. Aún existe el tabú.
4. Falta de capacitación laboral.
5. Bajas expectativas académicas a muy temprana edad.²⁷

IV.1.3.8 Factores económicos

Gran parte de los problemas de pobreza que enfrentan y afectan el desarrollo de la adolescencia van ubicando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos y socioeconómicos. Principalmente en las condiciones de vida del adolescente. La pobreza marca el subdesarrollo de las comunidades más postergadas del país, la población rural e indígena han sido excluidos a los accesos de salud, el empleo, los bajos salarios devengados, las familias por la pobreza no pueden satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestuario, recreación y salud. Las deficiencias en las condiciones socioeconómicas contribuyen a factores causales tanto del embarazo en adolescentes como al inicio precoz de las relaciones sexuales. Por tal razón, existe un alto índice de mortalidad materna neonatal, la mayoría de las adolescentes solo finalizan la primaria y las familias no cuentan con el recurso económico para sufragar los gastos que se requieren para el nivel básico, entre los cuales se encuentran:

1. Discriminación exclusión.
2. Falta de oportunidades de empleo.
3. Remuneración inadecuada.
4. Despido laboral. Crecer en condiciones empobrecidas.
5. Percibir pocas o ninguna oportunidad de trabajo para el éxito.²⁷

IV.1.3.9 Factores institucionales

La falta de apoyo, información y orientación en materia de salud reproductiva orientación y educación sexual para niñas y adolescentes, ha ocasionado que el índice de embarazos en esta etapa de la vida se considere como un problema de salud pública. Es muy importante saber que a través de la prevención del embarazo entre las adolescentes se disminuirán las muertes maternas. Las adolescentes en su mayoría no reciben una educación sexual por falta de acceso a los servicios de salud, deficiencia en la promoción de anticonceptivos, inexistencia en el servicio de los mismos, desconocimiento acerca de la existencia de espacios amigables para la atención integral de los adolescentes

que se brinda, barreras al acceso a los servicios de salud, desinformación a su estado de salud o enfermedad, temor a ser evaluado por el médico sobre todo al consultar sobre su salud sexual o reproductiva.

1. Déficit en atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva.
2. Falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.
3. Falta de acceso a los servicios.
4. Capacitación inadecuada de los profesionales.
5. Falta de confidencialidad y respeto para el ejercicio del secreto profesional.²⁷

IV.1.4. Modelo de atención de enfermería.

Modelo de Promoción de la Salud: Nola J. Pender (1941- Presente). Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos–preceptuales entendidos como aquellas creencias, o ideas que tienen las personas sobre la salud que la inducen a conductas o comportamientos determinados, que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud basándose en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Entre los principales conceptos y definiciones del modelo están los siguientes: conducta previa relacionada, los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud, factores personales caracterizados como biológico, psicológico y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta. Los factores personales biológicos que influyen son variables como la edad, el sexo, el índice de la masa corporal, el estado de la pubertad, menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio. Factores personales y psicológicos que influyen son variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.³⁰

Factores personales socioculturales: Influyen factores como a etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico, beneficios percibidos de acción, que son resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de la salud, barreras percibidas de la acción, siendo bloqueos anticipados, imaginados, o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada, autoeficacia percibida, lo cual comprende juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, influencias interpersonales, los conocimientos acerca de la conducta, creencias o actitudes de los demás y las influencias interpersonales incluyen: influencias situacionales, que son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puede facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos.³¹

IV.2. Amenaza de parto pretérmino

IV.2.1. Definición

Consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer y es de causa multifactorial. 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 un importante problema de salud pública. Debido a esto es trascendental reconocer a todas aquellas mujeres que tengan riesgo de presentar una amenaza de parto pretérmino, principalmente aquellas que ya tuvieron antecedente de un parto prematuro. Sin embargo, en muchas ocasiones no es posible encontrar factores de riesgo por lo que se debe tener conocimiento de las diferentes herramientas clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta patología para poder así realizar un diagnóstico rápido y tomar las medidas necesarios del caso.

Esto es debido a que la sobrevida neonatal aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día tiene un impacto crítico en esta, además disminuye el riesgo de mortalidad y de complicaciones.³²

IV.2.2 Parto pretérmino

Se denomina parto pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación. Su frecuencia oscila entre el 2 y el 12 por ciento del total de nacimientos. En la adolescencia se da por la deficiente maduración de los tejidos óseos y blandos.³³

IV.2.2.1 Clasificación

- Prematuros extremos: menos de 28 semanas.
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
- Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.
- Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas.³³

IV.2.3. Trabajo de parto pretérmino

Puede desencadenarse por una rotura prematura de membranas, una corioamnionitis u otras infecciones uterinas ascendentes; los estreptococos del grupo B son una causa común de tales infecciones. El trabajo de parto pretérmino también puede deberse a un embarazo multifetal, anomalías fetales o placentarias, anomalías uterinas, pielonefritis o una enfermedad de transmisión sexual (ETS); la causa puede no ser evidente. Los partos pretérmino previos y la incompetencia cervical aumentan el riesgo.

Dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50 por ciento y una dilatación de 4 cm. o más.³⁴

IV.2.4. Factores de riesgo asociados con parto pretérmino

IV.2.4.1. Relaciones sexuales durante el embarazo

Se ha correlacionado a la amenaza de parto prematuro con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación, pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación con infecciones genitourinarias, que a su vez se relacionan con la ruptura prematura de membranas como su causa principal.³⁵

La actividad sexual aumenta en el 80 por ciento de los casos durante el segundo trimestre, lo cual puede coincidir con un aumento de las infecciones del tracto urinario y por consiguiente riesgo de amenaza de parto prematuro. Si se considera que existen prostaglandinas en el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos, conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca la amenaza de parto prematuro y debe incluirse todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no se estén tomando en cuenta.³⁵

No hay evidencia de que la actividad sexual en la última etapa del embarazo aumente el riesgo de parto pretérmino en mujeres embarazadas entre 29 y 36 semanas de gestación.

Hay un pequeño incremento en el riesgo asociado con el uso de la posición superior del hombre durante la actividad sexual. Hay una asociación de la posición superior del hombre con RPM y con parto pretérmino sin RPM.

Los orgasmos durante la última etapa del embarazo fueron asociados con reducción del riesgo de parto pretérmino. La actividad sexual durante la última etapa del embarazo fue un predictor fuerte para llegar a término.³⁵

Las mujeres con relaciones sexuales frecuentes y con vaginosis bacteriana fueron asociadas con incremento en el riesgo de parto pretérmino mientras que las mujeres sin vaginosis bacteriana y con relaciones sexuales frecuentes fue asociado con reducción en el riesgo de parto pretérmino.³⁵

Hay aumento de riesgo de parto pretérmino entre las 29 y 36 semanas asociadas con la actividad sexual durante la última etapa del embarazo. No podemos excluir la posibilidad de que la actividad sexual pueda ser un riesgo para subgrupos pequeños de mujeres susceptibles.

El riesgo de parto pretérmino usando diferentes parámetros aislados o combinados, para una mujer embarazada con una longitud cervical de 20 mm, el riesgo de nacimiento a las 34 semanas fue de 7 por ciento.

Este riesgo incrementa a 34 por ciento si se presenta un cérvix en forma de embudo, y de 59 por ciento si también tiene una historia de parto pretérmino previo.³⁶

IV.2.4.2. Nivel socioeconómico bajo y/o pobreza y amenaza de parto pretérmino

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia.³⁶

IV.2.4.3. Gestantes adolescentes

Debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro.³⁶

IV.2.4.4. Embarazo múltiple y la reproducción asistida

Los embarazos múltiples aumentan el riesgo de un parto pretérmino, $\frac{1}{4}$ de los partos pretérmino provienen de embarazos múltiples, la mitad de los mellizos y la mayoría de los trigemelares son nacidos pretérminos. El aumento de los embarazos múltiples está originado en las técnicas de reproducción asistida; en Estados Unidos la tasa de mellizos ha aumentado en un 55 por ciento desde 1980. La tasa de embarazos múltiples de más de dos fetos ha aumentado cuatro veces entre 1980 y 1998 aunque ha disminuido algo últimamente, en algunos países solamente se permiten dos embriones a continuar su embarazo. Embarazos únicos, producto de fertilización asistida, también tienen cierto riesgo de parto pretérmino posiblemente por traumatismo cervical o un riesgo aumentado de infección.³⁶

IV.2.4.5. Tabaquismo, drogadicción y alcoholismo

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18 por ciento en la sangre fetal y el 88 por ciento en el líquido amniótico), causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte, el monóxido de carbono causa la formación de carboxihemoglobina, lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro.³⁶

IV.2.4.6. Vaginosis bacteriana como factor de riesgo para amenaza de parto prematuro

La vaginosis bacteriana, considerada anteriormente como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro, la salpingitis aguda, y las complicaciones neonatales y perinatales. La amenaza de parto prematuro constituye un importante motivo de consulta en la emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa muchas veces a la infección urinaria, olvidándose en la mayoría de los casos la infección del tracto vaginal.³⁷

La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han relacionado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto prematuro (APP) de un 5-10 por ciento, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM) y en amnionitis con membranas integra.³⁷

Se ha mostrado que la flora del tracto genital anormal en la forma de la vaginosis bacteriana o en la detección de vaginosis bacteriana relacionada con organismos tales como anaerobios, *Mycoplasma hominis* o *Gardnerella vaginalis*, es asociada con parto pretérmino.³⁷

En un estudio realizado, el riesgo de parto pretérmino fue casi el doble para mujeres con vaginosis bacteriana diagnosticadas en embarazos tempranos (21 por ciento) comparado con aquellas mujeres que desarrollaron esta condición después en el embarazo (11 por ciento).

El uso de antibióticos es para prevenir partos pretérminos cuando es indicado en embarazos tempranos. La colonización anormal permanece no tratada, la posibilidad de que los microorganismos asciendan a través del cérvix en la decidua e iniciar una respuesta inflamatoria conduce a la contracción. Como resultado de este tratamiento en el embarazo pueden usarse los antibióticos intravaginales o combinación de antibióticos orales e intravaginales para mejores resultados.³⁷

La erradicación de la vaginitis bacteriana durante el embarazo es difícil y otra estrategia de manejo puede ser considerada. Alternativamente, la vaginitis bacteriana puede ser un sustituto justo como marcador de riesgo de otros indefinidos y más específicos factores de riesgo para parto pretérmino.

La clindamicina intravaginal, no únicamente fue ineficaz en disminuir el promedio de partos pretérminos, parece que aumentó el promedio, ha sido sugerido que la clindamicina intravaginal puede seleccionar a la *Escherichia coli* y otras bacterias virulentas Gram negativas para crecimiento en la vagina y que pueden actualmente incrementar el riesgo de parto pretérmino.³⁷

Es posible que la vaginitis bacteriana cause una infección invasiva ascendente hacia las membranas fetales, ya en etapas tempranas del embarazo.

Por lo tanto, el tratamiento puede solamente de forma temporal suprimir la vaginitis bacteriana partiendo la infección no tratada hacia el tracto genital superior.

Otra posibilidad puede ser la aplicación de marcadores bioquímicos, tales como factor de crecimiento tipo insulínico ligado a proteína-1, la cual puede ser identificada en aquellas embarazadas con vaginitis bacteriana positiva que tienen un alto riesgo para complicaciones infecciosas durante el embarazo y el puerperio. Tales marcadores de riesgo secundario pueden ser útiles en identificar mujeres susceptibles que pueden recibir terapia temprana efectiva.³⁷

La vaginitis bacteriana también ha sido encontrada más frecuentemente en mujeres afroamericanas representando un 22 por ciento comparada con las mujeres blancas que representaron el 8 por ciento.

La presencia de vaginitis bacteriana ha sido asociada a parto pretérmino independientemente de otros factores de riesgo conocidos.

La concentración en el líquido amniótico de matriz metaloproteinasa-9 y la Interleucina-6 estaban significativamente más elevadas en mujeres con infección intraamniótica.³⁷

De todas las metaloproteinasas conocidas, la matriz metaloproteinasa-9 es una enzima que puede ser inducida bajo condiciones específicas y es de interés porque conduce como marcador de predicción de parto pretérmino.

Algunos investigadores sugieren que como el análisis de la concentración en el líquido amniótico de la matriz metaloproteinasa-9 con buena sensibilidad y especificidad y valor predictivo negativo y positivo para el diagnóstico de infección intraamniótica, que se desarrolle una prueba calorimétrica para determinar el estado de la matriz metaloproteinasa-9 en el líquido amniótico y pueda ser una prueba rápida y útil para predecir infección corioamniótica con alta especificidad y valor predictivo.³⁷

IV.2.4.7. Infección de vías urinarias (IVU) y amenaza de parto pretérmino

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10 por ciento de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática.³⁷

Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que, en la infección urinaria, sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo.²² El 25 por ciento de las pacientes que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada. Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* y *Streptococcus*, en este último caso resulta imprescindible descartar su presencia simultánea amenaza de parto pretérmino en la vagina.³⁷

IV.2.4.8. Desnutrición

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto.³⁸

IV.2.4.9. Anormalidades congénitas uterinas

Los úteros dobles, bicorne, unicornes, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial. Los miomas uterinos provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales, y déficit del flujo sanguíneo uterino, que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro. Por último, la incompetencia ístmico-cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede producir amenaza de parto prematuro.³⁶

IV.2.5. Morbilidad obstétrica en la adolescente

El embarazo en una adolescente constituye una seria amenaza, desde el punto de vista físico, psíquico y social.

Muchos autores han encontrado un importante número de complicaciones durante el embarazo. Especialmente relacionadas con cuadros hipertensivos; por otra parte, otros investigadores han informado que las adolescentes menores de 16 años tienen complicaciones más frecuentes que las de mayor edad. Otros autores al hacer un estudio multidisciplinario (obstétricos-perinatológicos social y psicológico) de las gestantes de 16 años o menos, encontraron que el embarazo presentó alguna complicación en el 55 por ciento de los casos y el problema más frecuente fue la hipertensión arterial con un 35 por ciento. La morbilidad durante el periodo fetal puede provenir de una gran variedad de factores intrauterinos, estos comprenden interferencia en la oxigenación fetal o a través de alteraciones fetales, placentarias o del cordón umbilical.³⁹

El estudio, «La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza», de la Organización Mundial de la Salud, señala que el riesgo de mortalidad materna entre las jóvenes de menos de 20 años es mayor que entre las de 20 a 34 años. El riesgo para las adolescentes de 10 a 14 años es mucho mayor que para las de 15 a 19 años.

Señala, además, que algunas complicaciones son más comunes entre las adolescentes que en las mujeres de más edad, como los trastornos hipertensivos del embarazo, parto obstruido por pelvis no desarrollada que puede llevar a una fístula vesicovaginal o rectovaginal. En el estudio «El embarazo en la adolescencia: la experiencia chilena» presenta las patologías más comunes, tales como la alteración en el peso materno, tanto en exceso como en deficiencia, infecciones del tracto de vías urinarias, síntomas de parto prematuro, preeclampsia en sus diferentes tipos y rotura prematura de membrana.⁴⁰

Durante el período de dilatación y de trabajo de parto, las complicaciones mórbidas más frecuentes son: las distocias de presentación y posición, trabajo de parto prolongado, asociado a la falta de control emocional de la paciente en este período, infección ovular, prolapso del cordón umbilical. En el parto y posparto inmediato tienen mayor incidencia las lesiones del cuello uterino ocasionadas por los esfuerzos de la expulsión sin dilatación completa y lesiones de la vagina y periné por desgarros debido a la falta de distensibilidad de los tejidos en las adolescentes muy jóvenes.

Estudios realizados en diversos países de América Latina confirman que, la edad materna es un factor muy importante en el desarrollo de complicaciones en el embarazo de la adolescente.⁴⁰

IV.2.5.1. Control prenatal inadecuado

Se denomina consulta prenatal al procedimiento médico que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión. Para lograr este objetivo se deben seguir normas y procedimientos que permitan un adecuado control de la evolución del embarazo tanto para la madre como para el producto de la gestación.³⁶

IV.2.6. Complicaciones

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

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

1. Anomalías placentarias- anomalías morfológicas como placenta marginata, placenta circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical se asocian frecuentemente a trabajo de parto pretérmino, placenta previa.⁴⁰

IV.2.6.1. Hipertensión inducida por el embarazo.

Complicación que se presenta entre el 13 y 20 por ciento de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58 por ciento), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2 por ciento de preeclampsias y un 5 por ciento de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.⁴⁰

IV.2.6.2. Anemia.

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8 por ciento de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5 por ciento de anemias en las controladas y 68 por ciento en las no controladas.⁴⁰

IV.2.6.3. Rotura prematura de membranas

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura espontánea de membranas antes del comienzo del parto. La RPM pretérmino (RPMP) ocurre en un 3 por ciento de las gestaciones y está implicada en un tercio de los partos pretérmino.

El 50-60 por ciento de las RPMP presentarán el parto en la primera semana. La morbimortalidad viene derivada principalmente del grado de prematuridad (distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular y sepsis nosocomial), al que debe añadirse el riesgo de infección perinatal (13-60 por ciento), el desprendimiento de placenta (4-12 por ciento) y de distrés derivado de la compresión de cordón en el anhidramnios si existe dinámica uterina (32-76 por ciento).⁴⁰

IV.2.6.4. Infecciones urinarias.

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar tasas verdaderamente grandes.⁴⁰

IV.2.6.5. Crecimiento intrauterino retardado.

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia).

El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

IV.2.6.6. Presentaciones fetales distócicas.

Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9 al 10 por ciento de las adolescentes.⁴⁰

IV.2.6.7 Desproporciones céfalo-pélvicas.

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

1. Tipo de parto. En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea.⁴⁰

2. Alumbramiento. Se comunica una frecuencia del 5,5 por ciento de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8 por ciento en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

IV.2.6.8. Otras complicaciones.

La prevalencia del test de Sullivan (es una prueba que se realiza alrededor de la semana 24 y 28 de gestación a todas las embarazadas y determina la cantidad de glucosa en sangre venosa una hora después de haber tomado 50 gramos de glucosa por vía oral)⁴¹ y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4 por ciento de las adolescentes gestantes.

IV.2.6.8.1. Cirugía materna abdominal.

En el segundo trimestre puede causar incremento en la actividad uterina que puede culminar en parto pretérmino.

IV.2.7. Recién nacido de madre adolescente

IV.2.7.1. Peso.

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérminos de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre la menor de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14 por ciento de recién nacidos con menos de 2500 gramos.⁴²

IV.2.7.2. Internación en neonatología.

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edades de las adolescentes, se puede presentar defectos del tubo neural y los errores innatos del metabolismo como la hiperalaninemia, son algunos de los defectos congénitos que se asocian a trabajo de parto pretérmino.⁴³

IV.2.7.3. Malformaciones.

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20 por ciento) respecto de las de mayor edad (4 por ciento), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.⁴⁴

IV.2.7.4. Mortalidad perinatal.

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4 por ciento hasta los 16 años y 30,7 por ciento entre las mayores de 19 años).⁴⁵

IV.2.8. Diagnóstico

La identificación de los síntomas de parto pretérmino podría ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Los signos y síntomas incluyen: contracciones frecuentes (más de 4 por hora), calambres, presión pelviana, excesivo flujo vaginal, dolor de espalda y dolor abdominal bajo. Los síntomas suelen ser inespecíficos.

El diagnóstico deberá realizarse en pacientes entre 20 y 36 semanas y seis días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: RPM, dilatación cervical >2 cm, borramiento cervical del 50 por ciento, o cambios cervicales detectados en exámenes seriados.⁴⁶

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; con respecto al diagnóstico clínico, lo podemos dividir en:

1. Diagnóstico presuntivo: se establece cuando la paciente presenta contracciones uterinas superiores a los patrones normales después de un

período de reposo de 1 hora en decúbito lateral izquierdo, y después del cual las condiciones del cuello son iguales a las del comienzo.

2. Diagnóstico de certeza: cuando junto con las contracciones se constata al ingreso o después de la hora de reposo, modificaciones cervicales.⁴⁶

En la clínica pueden estar presentes los siguientes síntomas:

1. Dolores abdominales difusos (continuos o esporádicos).
2. Dolores en región suprapúbicos (constantes o no).
3. Dolores en región sacrolumbar.
4. Contracciones uterinas en 10 min. (dolorosas o no).
5. Sensación de presión fetal.
6. Perdida de líquido por vagina (claro o sanguíneo).
7. Aumento del flujo vaginal (mucoso, espeso o acuoso).

El diagnóstico precoz se basa en 4 factores a saber:

1. Edad gestacional (entre 22 y 36 semanas completas).
2. Característica de la contracción uterina: dolorosas, detectables por palpación abdominal, y cuya frecuencia exceden las normales para la edad del embarazo.
3. Estado del cuello uterino: Posición (intermedio o posterior, ó 1-2 del Score de Bishop); Borramiento (entre 50 y 80 por ciento ó E= 2, L=2, del Score de Bishop); Dilatación (hasta 2 cm., más ó igual a 4 cm. ya se considera trabajo de parto); Apoyo de la presentación; Estado de las membranas. La longitud cervical mediante ecografía transvaginal es necesaria. Una longitud cervical menor de 3 cm., tiene un valor predictivo positivo (30 a 50 por ciento).⁴⁷
4. Puede realizarse especuloscopia para descartar bolsa rota (mediante la maniobra de Tarnier), y visualización del cuello.

IV.2.9. Conducta

Una vez realizado el diagnóstico se deben tomar conductas generales y establecer un tratamiento.

IV.2.9.1. Conductas generales

1. Internación: reposo absoluto.
2. Control de signos vitales maternos.
3. Control de vitalidad fetal (Pinard, Doppler, ecografía, NST)
4. Control de dinámica uterina: al iniciarse la uteroinhibición parenteral se realizan controles cada 15 ó 30 minutos, hasta uteroinhibir, luego se controla cada 2 horas, hasta las 12 ó 24 horas, según el tiempo que se tardó en uteroinhibir, para retirar el plan y pasar a vía oral.
5. Evaluación del tamaño, edad gestacional clínica y ecográficamente.
6. Examen clínico general tendiente a pesquisar patologías causantes.
7. Laboratorios: Hemograma completo; Grupo y factor (si no lo tuviera); Orina completa; Urocultivo; Exudado vaginal.⁴⁸

IV.2.10. Tratamiento

Las pacientes seleccionadas para un tratamiento tocolítico son aquellas que no presentan un cuadro infeccioso materno o fetal, no se encuentran en franco trabajo de parto ni existe madurez pulmonar fetal comprobada.

Un dato para tener en cuenta para el pronóstico y para que el tratamiento tenga éxito, es el seguimiento ecográfico de los movimientos respiratorios fetales; cuando hay movimientos respiratorios fetales, suelen responder satisfactoriamente al tratamiento, en ausencia de estos, no suelen responder.⁴⁶

Los agentes tocolíticos son sustancias farmacológicas destinadas para inhibir las contracciones uterinas. Los más usados son los β adrenérgicos (Isoxuprina, Ritodrine, Orciprenalina, Fenoterol, Terbutalina), actúan modificando la concentración de Ca intracelular del miometrio, fundamentalmente sobre los receptores β 2, produciendo la relajación del útero grávido.

Las acciones colaterales que pueden producir son: taquicardia, vasodilatación, hipotensión arterial, lipólisis, glucogenólisis, náuseas, vómitos, escalofríos.⁴⁹

El factor de riesgo más frecuente es la enfermedad cardíaca materna, que por el efecto cronotrópico puede derivar en una insuficiencia cardíaca.

La más importante complicación es el edema agudo de pulmón. Generalmente, en pacientes con tratamientos endovenosos, por excesiva expansión del volumen plasmático.⁴⁹

Mayor riesgo fetal: taquicardia

El mismo mecanismo de acción lo tienen la Indometacina, aparte de ser un antiprostaglandínico; el Sulfato de Mg también desplaza el Ca, y por último los bloqueantes de canales de Ca.

Las drogas antagonistas de los β adrenérgicos, como el Propanolol, controlarían la hipotensión materna y la taquicardia sin interferir sobre el útero relajado.

El Etiladrianol, estimularía los β receptores uteroinhibidores y los alfa receptores del sistema vascular provocando un aumento de la tensión arterial.⁴⁹

IV.2.10.1. Tratamiento de ataque

IV.2.10.1.1. Clorhidrato de isoxuprina:

La isoxsuprina produce vasodilatación periférica mediante un efecto directo sobre el músculo liso vascular, principalmente en el músculo esquelético, con un pequeño efecto sobre el flujo sanguíneo cutáneo.⁴⁹

IV.2.10.1.2. Ritodrine

Es muy similar a la terbutalina en su mecanismo de acción, pero laritodrina es el único agonista beta2 aprobado para el tratamiento de parto prematuro.

IV.2.10.1.3. Hexoprenalina

Inhibición de las contracciones durante el parto ante una asfixia aguda intrauterina (distrés fetal), detención del trabajo de parto previo a cesárea. Antes de la versión de presentación transversa, en prolapso del cordón umbilical o contracciones distónicas. Medida de urgencia en caso de contracciones fuera del área de internación en pacientes que presenten trabajo de parto prematuro, antes de ingresar al hospital.⁴⁹

IV.2.10.1.4. Sulfato de magnesio

Es una alternativa en el caso de contraindicación de las drogas anteriores. La dosis para utilizar será de 5 gr en 250 cc de dextrosa al 5 por ciento a 18 gotas por minuto (1 gr hora). Se deberá controlar: signos vitales, diuresis sin sonda, reflejos y es necesario contar con gluconato de Ca para caso de intoxicación.⁴⁹

IV.2.10.1.5. Indometacina

Se puede utilizar en forma concomitante o como opción en caso de contraindicación de los betamiméticos, en forma de supositorios a razón de 100 mg cada 12 horas, por no más de 48 a 72 horas.⁴⁹

De requerirse su uso por tiempo mayor se puede utilizar por vía oral debiendo tener presente que deberá suspenderse su administración con una semana de anticipación al parto, en caso de embarazos de menos de 34 semanas; en embarazos de más de 34 semanas se prohíben, por los efectos indeseables fetales (oligoamnios, cierre precoz del ductus, hipertensión pulmonar).

En todos los casos de APP entre las 28 y 34 semanas se deberá iniciar al ingreso maduración pulmonar fetal optando por alguno de los siguientes esquemas:

- 1) Esquema 1: Betametasona.
- 2) Esquema 2: Acetato de betametasona.
- 3) Esquema 3: Fosfato de dexametasona.
- 4) En embarazos menores de 28 semanas.

Es de aceptación general realizar repique madurativo 1 vez por semana hasta alcanzar las 34 semanas.⁴⁹

El tratamiento uteroinhibidor se abandonará cuando:

1. Se alcancen las 37 semanas.
2. Test de Clemens + los 3 tubos; (es una prueba rápida para investigar el surfactante pulmonar en el líquido amniótico).
3. Cambien las condiciones cervicales (más de 4 cm).
4. Amniorrexis prematura o signos de infección.
5. Signos de sufrimiento fetal agudo o crónico.

6. Mala respuesta materna o taquicardia fetal.

Se contraindica el uso de uteroinhibidores cuando:

1. Ruptura prematura de membranas con sospecha o evidencia de infección ovular.
2. Cardiopatías congénitas maternas o fetales (arritmias).
3. Desprendimiento placentario (Hemorragias).
4. Malformaciones congénitas fetales graves (letales).
5. Franco trabajo de parto con dilatación mayor de 4 cm.
6. Madurez pulmonar comprobada.
7. RCIU comprobado con detención del crecimiento.
8. Eritroblastosis fetal.
9. Feto muerto.⁴⁹

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Amenaza parto pretérmino	Se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación.	< de 28 semanas de gestación De 28 a < 32 semanas de gestación. De 32 a < 37 semanas de gestación.	De razón
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Procedencia	Lugar del que procede alguien.	Rural Urbana	Nominal
Escolaridad	Según año escolar terminado	Analfabeta Primario Secundario Preuniversitario Universitario	Nominal
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Empleado Desempleado	Nominal
Factores de riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Edad Bajo nivel de educación Bajo nivel económico y social Embarazo múltiple Tabaquismo,	Nominal

		drogas, alcohol Irregularidad de las consultas prenatales Comorbilidades	
Determinantes sociales	Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.	Educación Ocupación Ingresos	Nominal
Edad gestacional	Es el periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Semanas	Numérica
Historia obstétrica previa	Eventos obstétricos.	Gesta Partos Cesáreas Abortos	Numérica
Parto pretérmino y clasificación	Se define como aquel que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación.	Semanas	Numérica
Controles prenatales	Se refiere a la atención prenatal recibida.	Cantidad de chequeos	Numérica
Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido entre un embarazo y otro.	Años	Numérica
Comorbilidad	Eventos padecidos antes o durante el embarazo según información de la paciente.	Infección de vías urinarias Vaginitis Placenta previa Ruptura prematura de	Nominal

		membranas	
Manejo parto pretérmino	Conductas generales que deben realizarse luego del diagnóstico de amenaza de parto, dependiendo de su causa.	Conservador Desembarazo	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

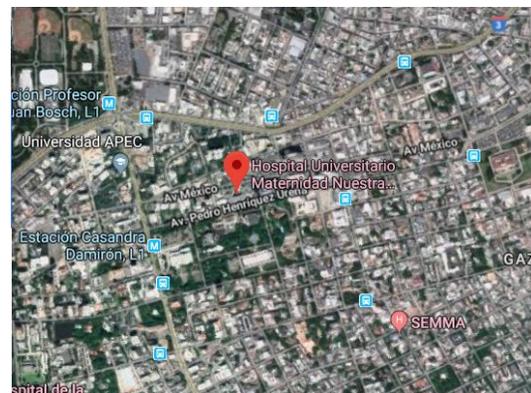
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, con recolección prospectiva de datos, con el objetivo de determinar los factores de riesgo relacionados con amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes que asisten al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019 (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, el cual está ubicado en la Ave. Pedro Henríquez Ureña No. 49, en el sector Gazcue, Distrito Nacional, República Dominicana; Delimitado; al norte, por la Ave. Pedro Henríquez Ureña; al Este, por la Calle Benito Juárez; al Sur, por la Ave. México y al Oeste, por la calle Félix María del Monte. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VII.3. Universo

El universo estuvo constituido por todas las pacientes embarazadas adolescentes que acudieron al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

VI.4. Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de 257 pacientes adolescentes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes que estén cursando con amenaza de parto pretérmino.
2. Edad (10-19 años).
3. Pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas.
4. Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

1. Pacientes que no acepten ingresar al protocolo de estudio.
2. Pacientes que hayan ingerido medicamentos o sustancias ya sean químicas o naturales para provocar actividad uterina.
3. Barrera del idioma.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un formulario por las sustentantes, el cual estuvo conformado por 9 preguntas, 6 cerradas y 3 abiertas, donde se describen datos sociodemográficos: edad, procedencia, escolaridad, ocupación, determinantes sociales, hábitos tóxicos y datos relacionados a los factores asociados al parto pretérmino, como historia obstétrica previa, controles prenatales, período intergenésico, comorbilidades y además también se utilizó el cuestionario de Estratificación de riesgo Papiernik-Berhauer Modificado Por Gonik- Creasy (1986) Parto Pretérmino,⁵⁰ el cual tiene una puntuación en base a 4 variables que son: el estatus socioeconómico, historia obstétrica previa, hábitos diarios y embarazo actual. La puntuación presenta el siguiente intervalo, del 1-5 y el número 10. Cada una de estas variables presenta varias opciones, las cuales vienen con un número asignado para cada una de ellas.

A continuación, se describe la puntuación que corresponde para cada variable y sus opciones:

Puntaje 1

Estatus socioeconómico: 1 hijas (os) en casa, bajo estatus socioeconómico

Historia obstétrica previa: 1 aborto con intervalo intergestacional menor 1 año

Hábitos diarios: Trabajo fuera de casa

Embarazo actual: Fatiga no usual

Puntaje 2

Estatus socioeconómico: Menor 20 años, Mayor 40 años, Madre soltera

Historia obstétrica previa: 2 abortos

Hábitos diarios: Tabaquismo mayor 10 cigarrillos diarios, Subir mayor 3 pisos por escaleras sin elevador

Embarazo actual: Ganancia de peso menor 13 kg a las semanas 32, Albuminuria, Hipertensión, Bacteriuria

Puntaje 3

Estatus socioeconómico: Muy bajo nivel socioeconómico, Talla menor 150 cm, Peso menor 45 kg

Historia obstétrica previa: 3 abortos

Hábitos diarios: Trabajo pesado, Viajes diarios con trayectos largos fatigantes

Embarazo actual: Mala ganancia de peso a las 32 semanas P. Pélvica. Pérdida de peso mayor 2 kg, Cabeza fetal encajada a las 32 semanas, Enfermedad febril

Puntaje 4

Estatus socioeconómico: Menor 18 años

Historia obstétrica previa: Pielonefritis

Embarazo actual: Sangrado después de la semana 12, Cérvix corto, Borramiento, Dilatación, Irritabilidad uterina

Puntaje 5

Historia obstétrica previa: Malformación Mulleriana, Aborto de 2do. Trimestre, Exposición a dietilestilbestrol

Embarazo actual: Placenta previa, Polihidramnios

Puntaje 10

Historia obstétrica previa: Parto pretérmino previo, Aborto del 2do trimestre de repetición.

Embarazo actual: Embarazo gemelar, Cirugía abdominal

Finalmente, el resultado de este procedimiento se obtuvo a través de la sumatoria de cada una de las variables que presentaron positivas; en base a la puntuación se clasificó el riesgo de la siguiente manera; 0-5= Bajo riesgo de PP; 5-9= Riesgo intermedio de PP y Mayor 10= Riesgo elevado de PP.

VI.7. Procedimiento

La propuesta de investigación fue sometida a la coordinación de investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y una vez aprobado se inició el proceso de recolección de datos con la identificación de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, para ello, se solicitó un permiso al hospital para realizar un cuestionario a las adolescentes embarazadas que presentaron amenaza de parto pretérmino y fueron llenados por las sustentantes y por los doctores a cargo de las pacientes que acudieron con la amenaza de parto durante el periodo de investigación, que se presentaron en las áreas de emergencia, parto y alto riesgo obstétrico del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, esto se realizó todas las semanas, en horario de 12 del medio día, hasta las 5 de la tarde. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

La información fue tabulada a través de programa computarizado en Excel.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple, asociación con factores de riesgo y análisis de riesgo.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵² El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la unidad de enseñanza del Hospital Universitario Maternidad Nuestra de la Altagracia, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente pudieron identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

VII. RESULTADOS

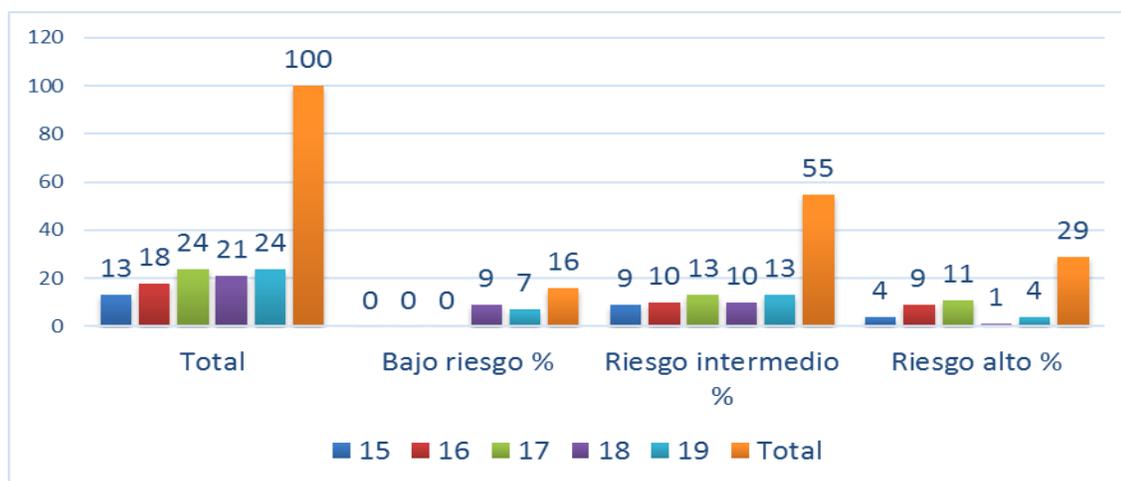
Tabla 1. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y la edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

Edad (años)	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio %	Riesgo alto %
15	33 (12.8)	0 (0)	23 (9)	10 (3.9)
16	47 (18.3)	0 (0)	25 (9.7)	22 (8.6)
17	62 (24.1)	0 (0)	33 (12.8)	29 (11.3)
18	54 (21.0)	24 (9.3)	26 (10.1)	4 (1.5)
19	61 (23.7)	18 (7)	33 (12.8)	10 (3.9)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)

Fuente: directa

Según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, en cuanto a la edad se encontró que el mayor porcentaje de bajo riesgo correspondió a jóvenes de 18 años con un 9.3 por ciento, mientras que, en cuanto al riesgo intermedio, a las edades de 17 y 19 años se presentó un mismo porcentaje de 12.8 por ciento y el mayor porcentaje de alto riesgo se presentó en las jóvenes de 17 años con un 11.3 por ciento.

Gráfico 1. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y la edad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 1.

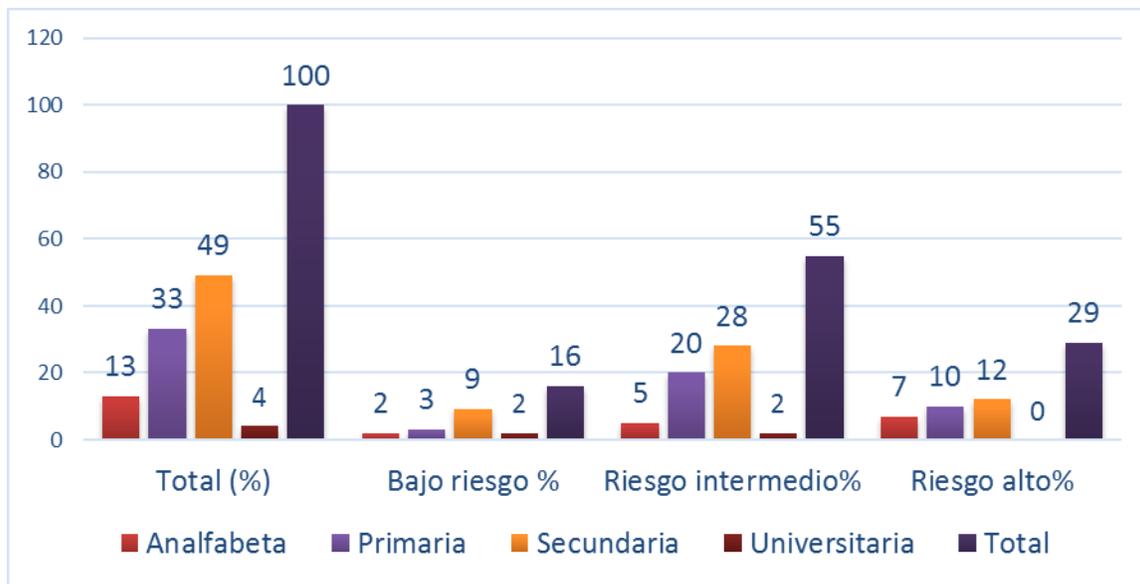
Tabla 2. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y el grado de escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

Grado de escolaridad	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio%	Riesgo alto%
Analfabeta	34 (13.2)	6 (2.3)	13 (5.1)	18 (7)
Primaria	84 (32.7)	9 (3.5)	50 (19.5)	25 (9.7)
Secundaria	126 (49)	22 (8.5)	72 (28)	32 (12.4)
Universitaria	10 (3.9)	5 (1.9)	5 (1.9)	0 (0)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)

Fuente: directa

En cuanto al grado de escolaridad de las adolescentes, según la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, se obtuvo como resultado que, en los tres renglones, es decir, bajo, intermedio y alto riesgo el mayor porcentaje se encontró en el grado de escolaridad de secundaria. Para una representación de 8.5 por ciento de bajo riesgo, el 28 por ciento, de riesgo intermedio y el 12.4 por ciento, para alto riesgo.

Gráfico 2. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y el grado de escolaridad. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 2.

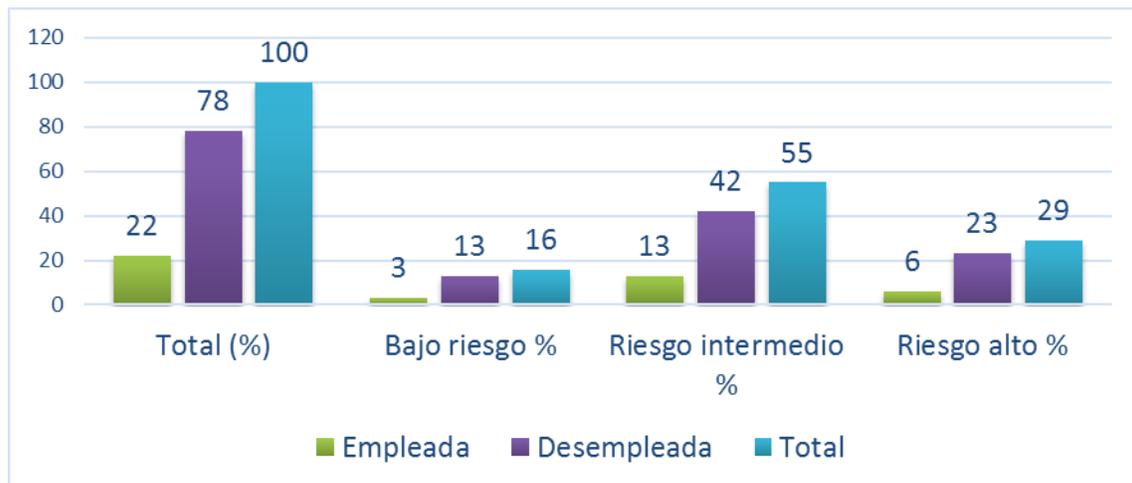
Tabla 3. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y los determinantes sociales. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, abril-agosto, 2019.

Determinantes sociales	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio %	Riesgo alto %
Ocupación				
Empleada	56 (21.7)	8 (3.1)	32 (12.5)	16 (6.2)
Desempleada	201 (78.2)	34 (13.2)	108 (42)	59 (23)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)

Fuente: directa

Según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, en cuanto a la ocupación, en los tres renglones de riesgo, es decir, bajo, intermedio y alto, se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje estaba representado por las jóvenes que se encontraban desempleadas. Para una representación de 13.2 por ciento para las de bajo riesgo, un 42 por ciento para el riesgo intermedio y un 23 por ciento para alto riesgo.

Gráfico 3. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y los determinantes sociales. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 3.

Tabla 4. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y los determinantes sociales. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

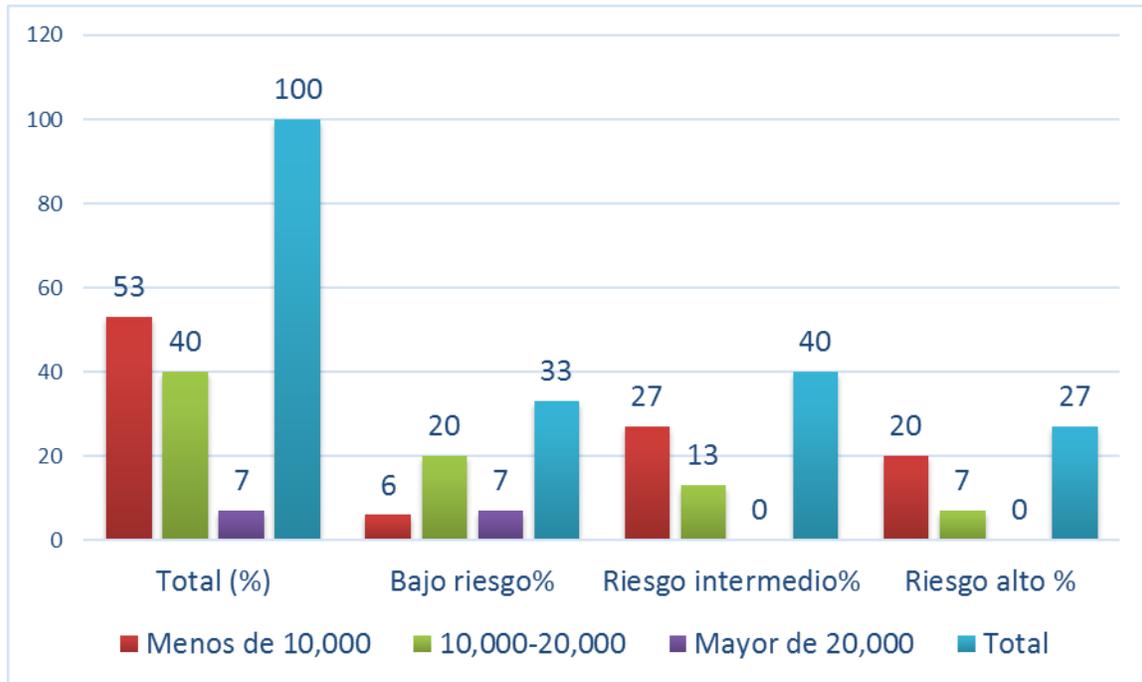
Determinantes sociales	Total (%)	Bajo riesgo%	Riesgo intermedio%	Riesgo alto %
Ingresos				
Menos de 10,000	8 (53.3)	1 (6.6)	4 (26.7)	3(20)
10,000-20,000	6 (40)	3 (20)	2 (13.3)	1(6.7)
Mayor de 20,000	1 (6.6)	1 (6.7)	0(0)	0(0)
Total	15	5 (33.3)	6 (40)	4 (26.7)

Fuente: directa

En cuanto a los ingresos, del total de 257 pacientes, solo 15 respondieron cuales eran sus ingresos mensuales y estas pacientes representaron un 5.83 por ciento, el resto, es decir, 242 pacientes que representan el 94.2 por ciento, no estaban seguras o desconocían los ingresos mensuales.

De las 15 pacientes que, si conocían los ingresos, según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, el 20 por ciento correspondía a las de bajo riesgo, que tenían el mayor ingreso que se encontraba entre 10 mil y 20 mil pesos. Para el riesgo intermedio el mayor porcentaje se encontró en las que tenían menos de 10 mil pesos de ingresos, para representar un 26.7 por ciento. Para el alto riesgo, el mayor porcentaje se encontró en las que tenían menos de 10 mil pesos de ingresos, para representar un 20 por ciento.

Gráfico 4. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y los determinantes sociales. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 4.

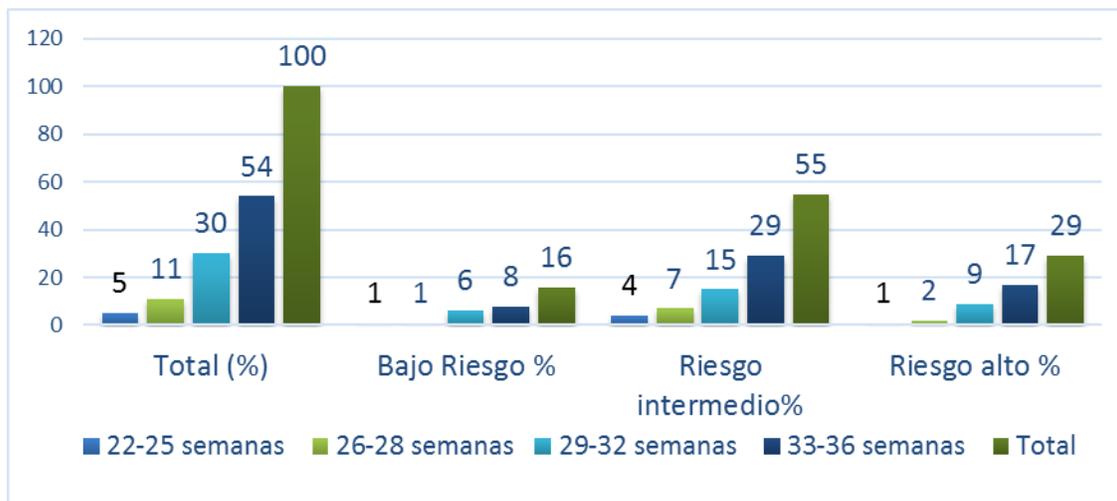
Tabla 5. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y la edad gestacional. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

Edad gestacional	Total (%)	Bajo Riesgo %	Riesgo intermedio%	Riesgo alto %
22-25 semanas	14 (5.4)	3 (1.2)	9 (3.5)	2 (0.8)
26-28 semanas	28 (11)	4 (1.5)	19 (7.4)	5 (2)
29-32 semanas	77 (30)	15 (5.8)	38 (14.8)	24 (9.3)
33-36 semanas	138 (53.6)	20 (7.8)	74 (28.8)	44 (17.1)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)

Fuente: directa

En cuanto a la edad gestacional, según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, resultado que, para las tres clasificaciones del riesgo, bajo, intermedio y alto, el mayor porcentaje que se obtuvo correspondía a una edad gestacional entre 33 y 36 semanas, con un 7.8 por ciento para bajo riesgo, 28.8 por ciento para riesgo intermedio y un 17.1 por ciento para alto riesgo.

Gráfico 5. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y la edad gestacional. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 5.

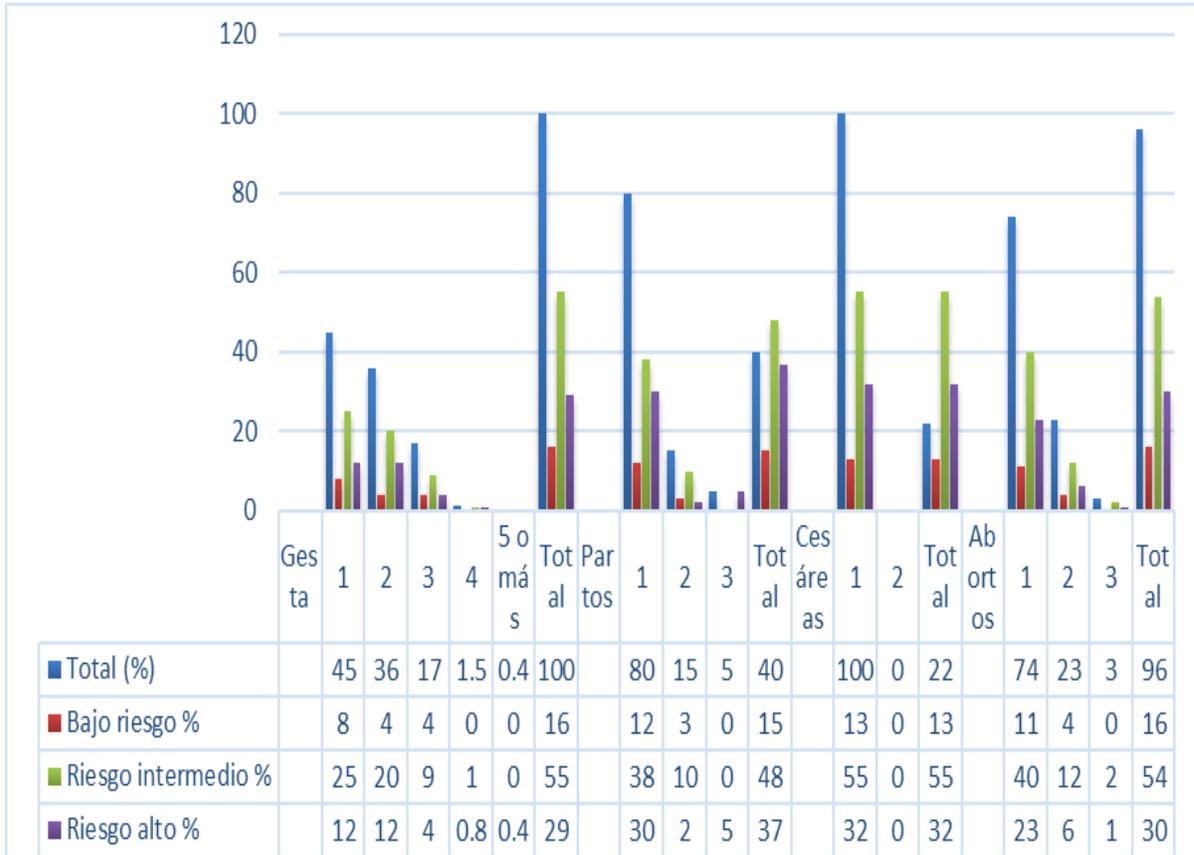
Tabla 6. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y la historia obstétrica previa. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

Historia obstétrica previa	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio %	Riesgo alto %
Gesta				
1	116 (45.1)	22 (8.5)	64 (25)	30 (11.7)
2	93 (36.2)	11 (4.3)	51 (19.8)	31 (12)
3	43 (16.7)	9 (3.5)	23 (8.9)	11 (4.3)
4	4 (1.5)	0 (0)	2 (0.8)	2 (0.8)
5 o más	1 (0.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.4)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)
Partos				
1	32 (80)	5 (12.5)	15 (38)	12 (29.6)
2	7 (17.5)	1 (2.5)	4 (10)	2 (5)
3	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)	1 (2.5)
Total	40	6 (15)	19 (48)	15 (37)
Cesáreas				
1	22 (100)	3 (13.6)	12 (54.5)	7 (31.8)
2	0 (0)	0 (0)	0(0)	0(0)
Total	22	3 (13.6)	12 (54.5)	7 (31.8)
Abortos				
1	71 (74)	11 (11.4)	38 (39.6)	22 (23)
2	22 (23)	4 (4.2)	12 (12.5)	6 (6.2)
3	3 (3)	0 (0)	2 (2.1)	1 (1)
Total	96	15 (15.6)	52 (54.2)	29 (30.2)

Fuente: directa

Según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, en cuanto las gestas, resulto que, para las tres clasificaciones de riesgo, bajo, intermedio y alto, la mayoría eran primigestas, con un 8.5 por ciento para bajo riesgo, un 25 por ciento para riesgo intermedio y un 11.7 por ciento para alto riesgo. En cuanto a los partos resulto que, del total de pacientes solo 40 (15.6) presentaban este antecedente, la mayoría de ellas entre 1 a 2 partos (95), con unos porcentajes de 15 por ciento para bajo riesgo, 48 por ciento para riesgo intermedio y 32.1 por ciento para alto riesgo. En cuanto a los abortos resulto que, del total de pacientes, solo 96 presentaron este antecedente, la mayoría entre 1 a 2 abortos (97), con un 15.6 por ciento para bajo riesgo, 52.1 por ciento para riesgo intermedio y un 29.2 por ciento para alto riesgo.

Gráfico 6. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y la historia obstétrica previa. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 6.

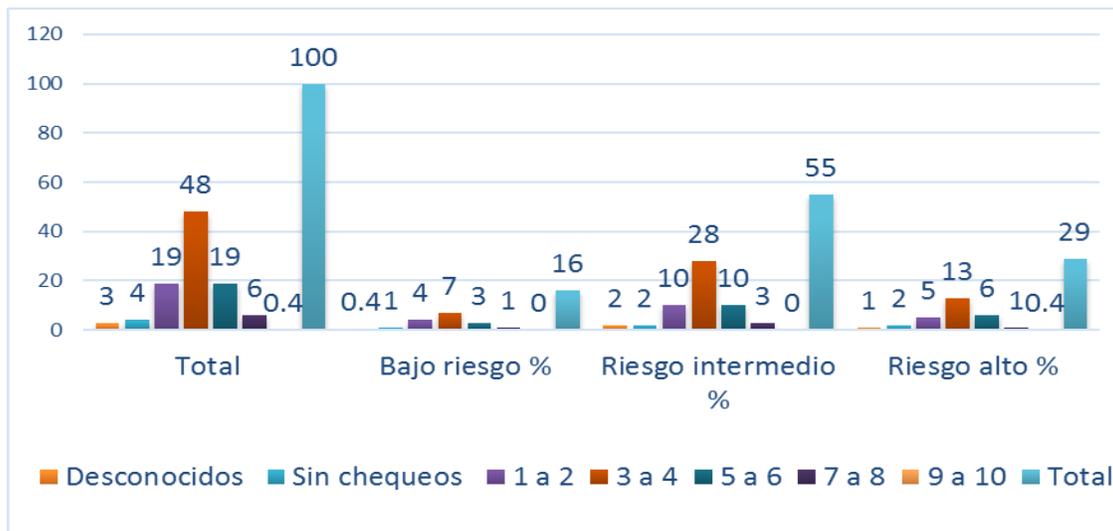
Tabla 7. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y los controles prenatales. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

Controles prenatales	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio %	Riesgo alto %
Desconocidos	8 (3.1)	1 (0.4)	5 (1.9)	2 (0.8)
Sin chequeos	10 (3.9)	2 (0.8)	4 (1.6)	4 (1.6)
1-2	50 (19.5)	10 (3.9)	26 (10.1)	14 (5.4)
3-4	124 (48.2)	19 (7.4)	71 (27.6)	34 (13.2)
5-6	49 (19.1)	8(3.1)	25 (9.7)	16 (6.2)
7-8	15 (5.8)	2(0.8)	9 (3.5)	4 (1.6)
9-10	1 (0.4)	0(0)	0(0)	1 (0.4)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)

Fuente: directa

Según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, en cuanto a los controles prenatales, resulto que, para las tres clasificaciones de riesgo, bajo, intermedio y alto, se obtuvo que la mayoría tenían entre 3 a 4 chequeos prenatales, para unos porcentajes de 7.4 por ciento para bajo riesgo, 27.6 por ciento para riesgo intermedio y un 13.2 por ciento para alto riesgo.

Gráfico 7. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y los controles prenatales. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 7.

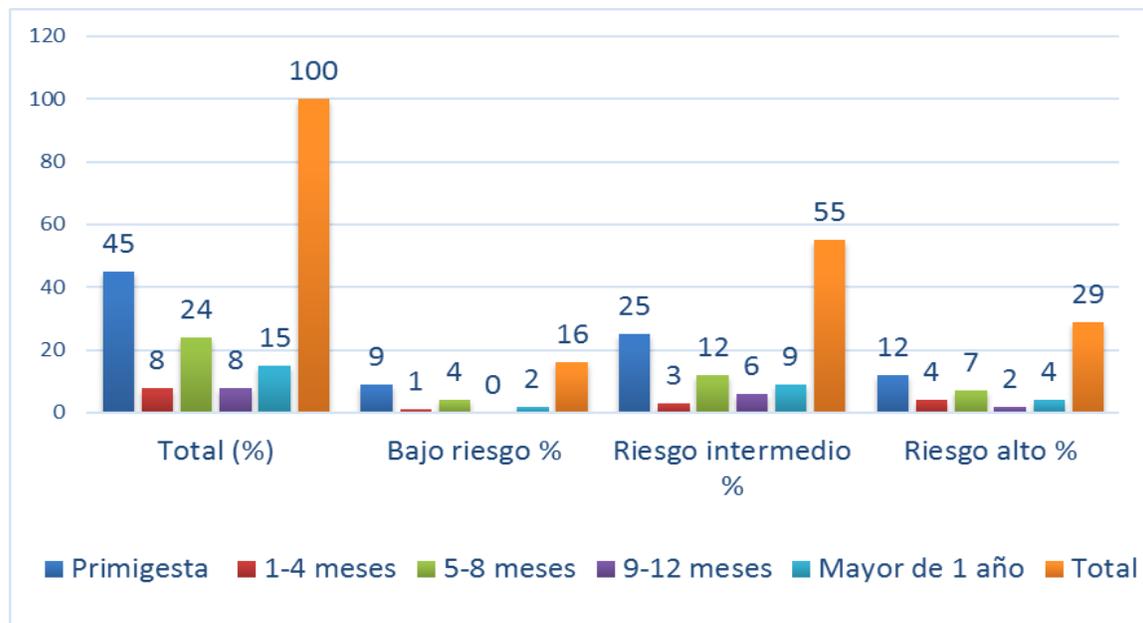
Tabla 8. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y el período intergenésico. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

Periodo intergenésico	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio %	Riesgo alto %
Primigesta	116 (45.1)	22 (8.5)	64 (25)	30 (11.7)
1-4 meses	21 (8.2)	3 (1.2)	7 (2.7)	11 (4.3)
5-8 meses	61 (23.7)	11 (4.3)	31 (12.1)	19 (7.4)
9-12 meses	20 (7.8)	0(0)	15 (5.8)	5 (1.9)
Mayor de 1 año	39 (15.2)	6 (2.3)	23 (8.9)	10 (3.9)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)

Fuente: directa

En cuanto al periodo intergenésico, según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, resultado que, para los tres renglones del riesgo, es decir, bajo, intermedio y alto, el periodo intergenésico más frecuente fue de 5 a 8 meses, para una representación de 4.3 para bajo riesgo, 12.1 para riesgo intermedio y 7.4 para alto riesgo.

Gráfico 8. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y el período intergenésico. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 8.

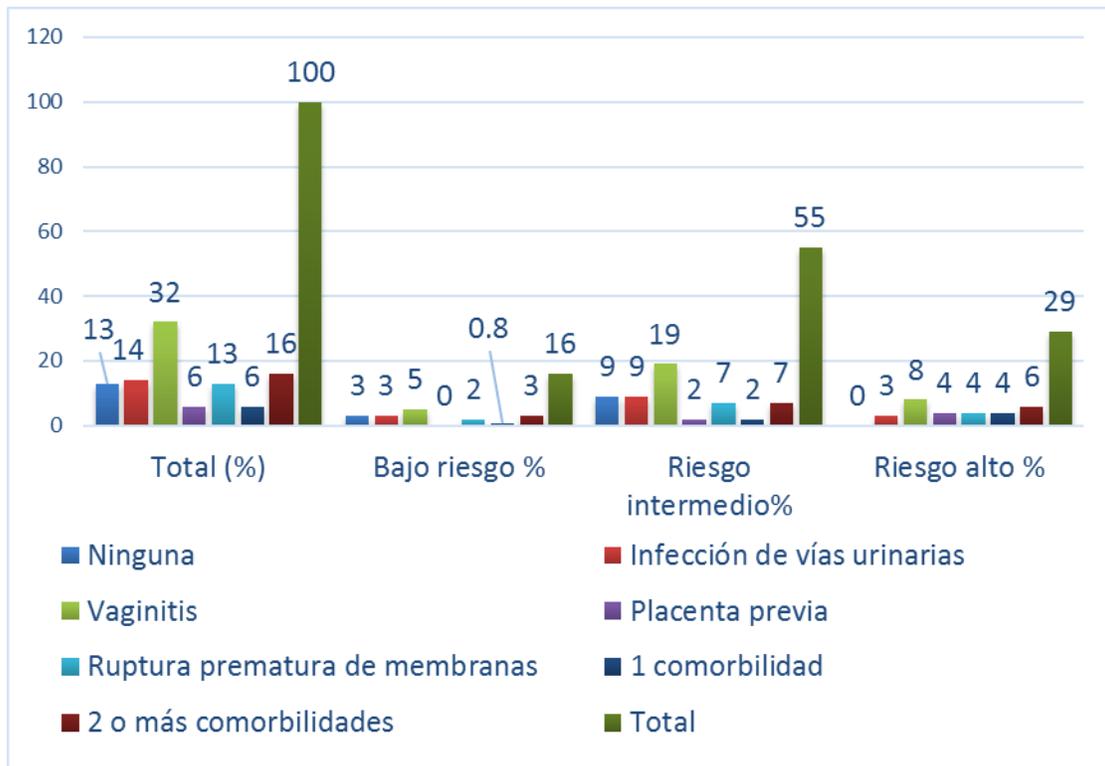
Tabla 9. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y las comorbilidades. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.

Comorbilidades	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio%	Riesgo alto %
Ninguna	33 (12.8)	7 (2.7)	24 (9.3)	2 (0.8)
Infección de vías urinarias	37 (14.4)	8 (3.1)	22 (8.6)	7 (2.7)
Vaginitis	82 (32)	13 (5)	48 (18.7)	21 (8.2)
Placenta previa	15 (5.8)	0 (0)	4 (1.6)	11 (4.3)
Ruptura prematura de membranas	32 (12.5)	4 (1.6)	19 (7.4)	9 (3.5)
Otras				
1 comorbilidad	16 (6.2)	2 (0.8)	5 (1.9)	9 (3.5)
2 o más comorbilidades	42 (16.3)	8 (3.1)	18 (7)	16 (6.2)
Total	257	42 (16.3)	140 (54.5)	75 (29.2)

Fuente: directa

Según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, en cuanto a las comorbilidades que presentaban las jóvenes resultó que, para las tres clasificaciones de riesgo, bajo, intermedio y alto, se obtuvo como resultado que la comorbilidad más frecuente fue la vaginitis con un 5 por ciento para bajo riesgo, 18.7 por ciento para riesgo intermedio y un 8.2 por ciento para alto riesgo. En segundo lugar, para el bajo riesgo resultaron como comorbilidades más frecuentes, la infección de vías urinarias y 2 comorbilidades concomitantes, con un 3.1 por ciento para ambas; para el riesgo intermedio, se encontró que en segundo lugar de mayor frecuencia las pacientes no presentaban ninguna comorbilidad, con un 9.3 por ciento. Para el alto riesgo, en segundo lugar, se obtuvo que las pacientes presentaban dos comorbilidades al mismo tiempo y esto representó un 6.2 por ciento.

Gráfico 9. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y las comorbilidades. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 9.

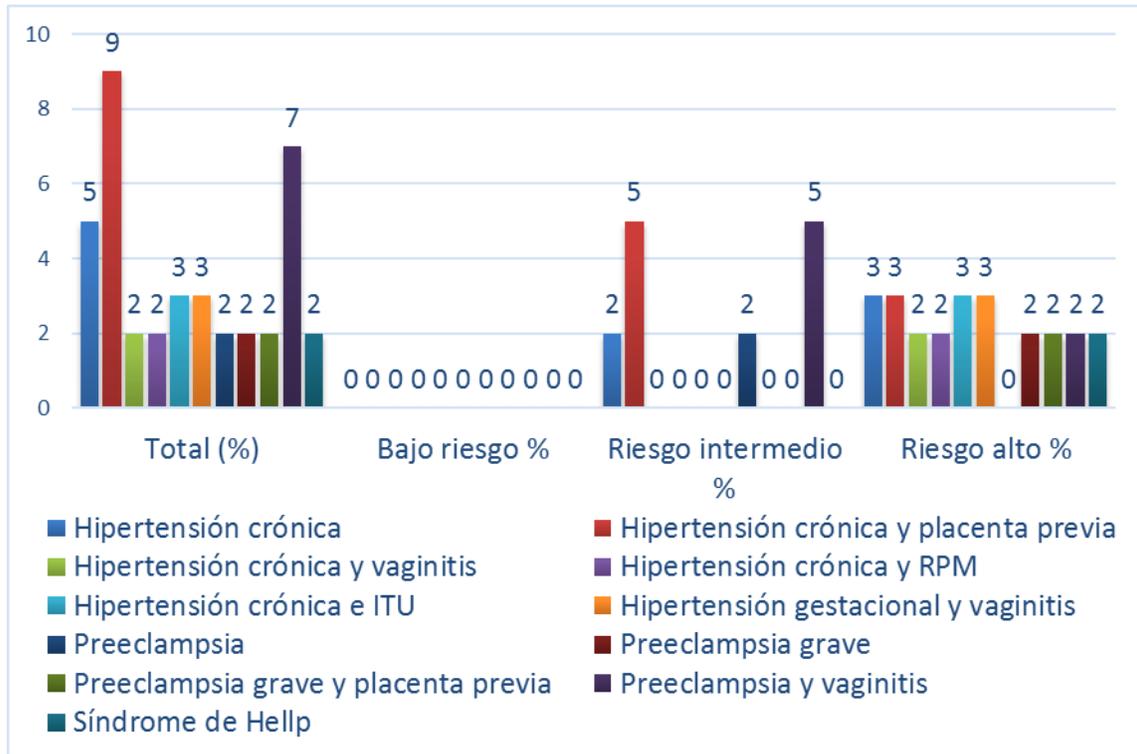
Tabla 10. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y las comorbilidades. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altargracia, abril-agosto, 2019.

Otras comorbilidades	Total (%)	Bajo riesgo %	Riesgo intermedio %	Riesgo alto %
Hipertensión crónica	3 (5.1)	0 (0)	1 (1.7)	2 (3.4)
Hipertensión crónica y placenta previa	5 (8.5)	0 (0)	3 (5.1)	2 (3.4)
Hipertensión crónica y vaginitis	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Hipertensión crónica y RPM	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Hipertensión crónica e ITU	2 (3.4)	0 (0)	0 (0)	2 (3.4)
Hipertensión gestacional y vaginitis	2 (3.4)	0 (0)	0 (0)	2 (3.4)
Preeclampsia	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Preeclampsia grave	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Preeclampsia grave y placenta previa	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Preeclampsia y vaginitis	4 (6.8)	0 (0)	3 (5.1)	1 (1.7)
Síndrome de Hellp	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas	6 (10.2)	4 (6.8)	2 (3.4)	0 (0)
Infección de vías urinarias y placenta previa	3 (5.1)	0 (0)	2 (3.4)	1 (1.7)
Infección de vías urinarias y NAC	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Infección de vías urinarias y vaginitis	3 (5.1)	1 (1.7)	1 (1.7)	1 (1.7)
Vaginitis y placenta previa	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Vaginitis y RPM	2 (3.4)	2 (3.4)	0 (0)	0 (0)
Infección de vías urinarias y RCI	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Polihidramnios	3 (5.1)	0 (0)	0 (0)	3 (5.1)
Polihidramnios y vaginitis	3 (5.1)	0 (0)	1 (1.7)	2 (3.4)
Falcemia	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Falcemia y vaginitis	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
HIV	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
HIV y vaginitis	1 (1.7)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)
HIV y placenta previa	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Sífilis	2 (3.4)	2 (3.4)	0 (0)	0 (0)
Oligoamnios	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Oligoamnios e infección de vías urinarias	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Bartolinitis	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Placenta marginal	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Asma bronquial	1 (1.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)
Epilepsia	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Anemia moderada	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.7)
Total	59	10 (17)	24 (40.6)	25 (42.3)

Fuente: directa

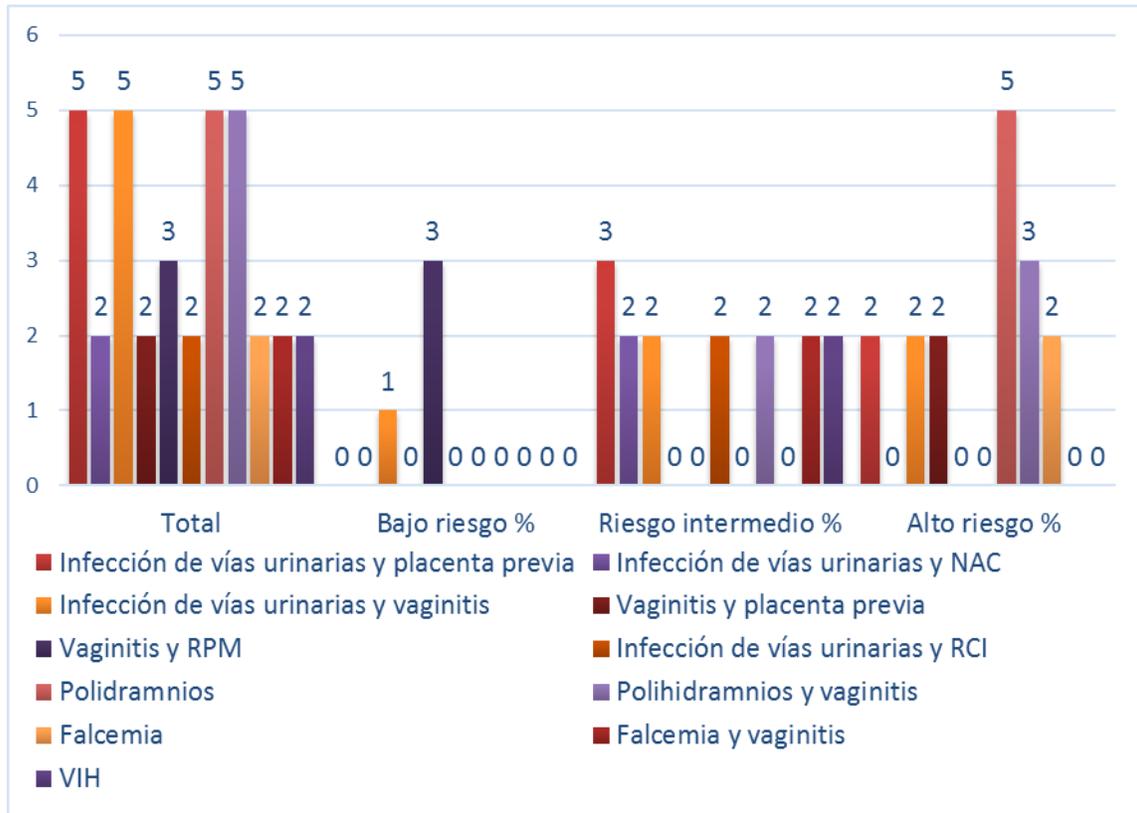
Del total de la muestra, es decir, 257 pacientes, 59 presentaron entre 1 o 2 comorbilidades que no se encontraban en nuestro cuestionario. Estas representaron el 23 por ciento del total. Dentro de los tres grupos de clasificación de riesgo, bajo, intermedio y alto, el de mayor porcentaje correspondió al de alto riesgo, con un total de 25 pacientes, representando un 42.3 por ciento. Se pudieron observar comorbilidades como VIH, sífilis, falcemia, polihidramnios y algunos de los trastornos hipertensivos del embarazo. Dentro de las otras comorbilidades que presentaron dichas jóvenes, tenemos que en general la más frecuente fue, la infección de vías urinarias con ruptura prematura de membranas, con una frecuencia absoluta de 6 pacientes, que representan el 10.2 por ciento de este grupo. En segundo lugar, de frecuencia, se obtuvo como resultado la hipertensión crónica con placenta previa, para un total de 5 pacientes que representan el 8.5 por ciento. También se presentó como una de las más frecuentes, la preeclampsia con vaginitis, para un total de 4 pacientes, que representan el 6.8 por ciento de este grupo.

Gráfico 10. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y las comorbilidades. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altargracia, abril-agosto, 2019.



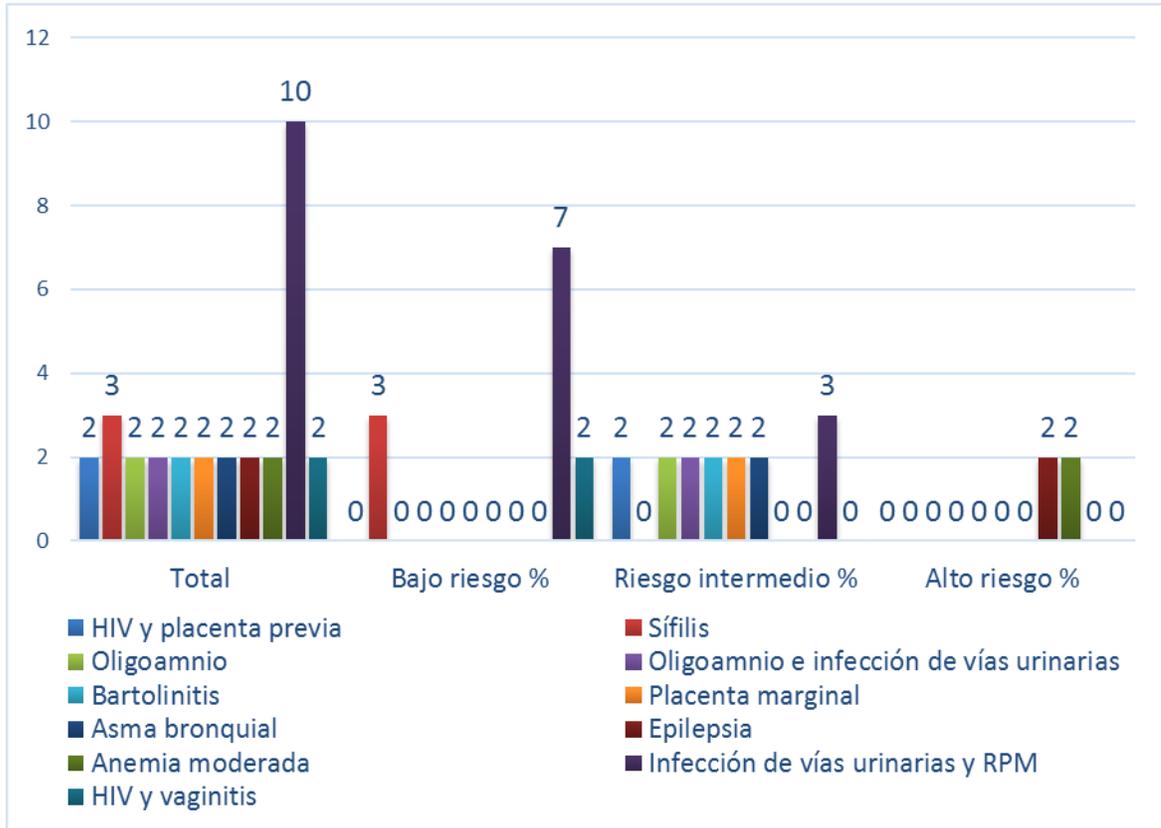
Fuente: Tabla 10.

Gráfico 11. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y las comorbilidades. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 10.

Gráfico 12. Distribución de las adolescentes según los factores de riesgo y las comorbilidades. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, abril-agosto, 2019.



Fuente: Tabla 10.

VIII. DISCUSIÓN

La presente investigación nos permitió determinar los factores de riesgos relacionados con amenaza de parto pretérmino en 257 gestantes adolescentes que acudieron a la consulta de obstetricia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia, abril - agosto 2019.

El grupo estuvo constituido por 257 pacientes, utilizando la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino hemos podido clasificarlas en tres grupos de riesgo, es decir, bajo riesgo, con una representación de 42 pacientes, riesgo intermedio con un total de 140 pacientes y alto riesgo, para un total de 75 pacientes. Este estudio, nos mostró que en cuanto a la edad, el mayor porcentaje de pacientes estuvo representado por las de 17 años, con 62 casos (24.1), similar a un estudio realizado en Colombia, por Barrera Sánchez, L.F; Manrique Abril, F.G & Ospina Diaz, J.M (2016) para determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes, donde la edad media fue de 17,3 años (SD=1,76; rango 14-20). Otro estudio realizado por Aliaga Rafael, G.C (2018) que buscaba determinar los factores clínicos asociados al parto pretérmino en gestantes, concluyó que la edad materna menor de 20 años (OR=3.18 p=0.00 IC95%= 1.41 - 7.18) representa un factor de riesgo para el parto pretérmino, ya que la mayoría de sus pacientes estaban representadas por las menores de 20 años.

En cuanto al nivel de escolaridad, el más predominante en nuestro estudio fue la secundaria, ya sea completa o incompleta, en un 49 por ciento, similar a un estudio realizado en Perú, por Alarcón Celedonio, J.C, (2016) con el objetivo de determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes donde también el nivel de educación más alto que fue reportado era la secundaria con un 83.3 por ciento. A diferencia del estudio realizado por Mamani Peña, B.Y (2016), para determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, donde resultó que la mayoría de las pacientes eran analfabetas (43.6) y esto representaba un factor de riesgo muy importante para parto pretérmino. Ellos refirieron que a menor nivel de escolaridad mayor el riesgo de parto pretérmino.

Alarcón Celedonio, J.C., (2016) realizó un estudio en Perú, donde se estudió los factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, en el cual tuvo como resultado que del total de sus pacientes ningunas estaban empleadas, esto corrobora con parte de nuestro estudio en el cual, 201 (78.2) pacientes del total se encontraban desempleadas, a diferencia de otro estudio realizado en Perú por Guevara Fustamante, S. (2018) quién buscaba determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas, quien obtuvo como resultado que el 14,6 por ciento, eran empleadas del sector público y/o privado y el 3,4 por ciento, eran empleadas del hogar.

En cuanto a los ingresos mensuales, resultó que, de 257 pacientes, solo 15 respondieron cuales eran sus ingresos mensuales y estas pacientes representaron un 5.83 por ciento; el resto, es decir, 242 pacientes que representan el 94.2 por ciento, no estaban seguras o desconocían los ingresos mensuales. De las 15 pacientes que, si conocían los ingresos, según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, el 20 por ciento correspondía a las de bajo riesgo, que tenían el mayor ingreso mensual que se encontraba entre 10 mil y 20 mil pesos. Para el riesgo intermedio el mayor porcentaje se encontró en las que tenían menos de 10 mil pesos de ingresos mensuales, para representar un 26.7 por ciento. Para el alto riesgo, el mayor porcentaje se encontró en las que tenían menos de 10 mil pesos de ingresos, para representar un 20 por ciento. Esta variable no pudo ser comparada con ninguno de los estudios realizados, ya que no estuvo presente en ninguno de los mismos.

Referente a la edad gestacional, se observó que el 53.6 por ciento de nuestras pacientes se encontraban entre las edades gestacionales de 33 a 36 semanas y esto concuerda con un estudio realizado en la Republica Dominicana, por Ríos Cardona, KM, (2015) para determinar la prevalencia de los principales factores de riesgo que pudieron haber predisuesto a las pacientes a tener un parto pretérmino, en el cual se obtuvo como resultado que el 57 por ciento (n=42), estuvo entre 34-36 semanas de gestación, con una media de 32 semanas y una

desviación estándar de +/- 4 semanas. A diferencia del estudio realizado en Colombia, por Barrera Sánchez, L.F; Manrique Abril, F.G & Ospina Diaz; J. M (2016) con el objetivo de determinar los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes, en el cual el rango de edad gestacional iba de 22-37 semanas.

En cuanto a la historia obstétrica previa, de un total de 257 pacientes, 116 (45) fueron primigestas, 93 (36.2) cursaban con su segunda gesta, 47 (18.2) presentaron entre 3 a 4 gestas y 1 sola que presento entre 5 a 6 gestas, es decir que la mayor proporción estuvo representada por las pacientes multigestas para un total de 141 (54.9). De estas pacientes multigestas, 38 (14.7) presentaron de 1 a 2 partos y 96 (37.4) presentaron antecedentes de aborto. Esto concuerda con un estudio realizado en la Republica Dominicana por Ríos Cardona, KM, (2015), donde, las multigestas, fueron, el 68 por ciento (n=50) de los casos, el 68 por ciento era múltipara y solo el 71 por ciento presentó historia de aborto. El 95 por ciento (n=70) tuvo un único producto, al igual que un estudio realizado en Perú por Mamani Peña, B.Y (2016), donde se encontró que, dentro de las variables asociadas a parto pretérmino, de los factores obstétricos estaban la nuliparidad y la multiparidad.

Un estudio realizado en Colombia por Barrera Sánchez, L.F; Manrique Abril, F.G & Ospina Diaz; J. M (2016), con el objetivo de determinar los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes, obtuvo como resultado que en cuanto a los controles prenatales, un 40 por ciento asistió de 0 a 3 controles, 33.3 por ciento asistió de 4 a 6 controles y 26.7 por ciento asistió de 7 a 9 controles, a diferencia de nuestro estudio en el cual la mayoría de nuestras pacientes presentaron entre 3 a 4 chequeos prenatales (48.2), de 5 a 6 chequeos un 19 por ciento y de 7 a 8 chequeos un 5.8 por ciento, nuestro estudio también difiere del realizado en Perú, por Guevara Fustamante, S. (2018), para determinar factores de riesgos sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino, donde el 65,2 por ciento presentaron entre 4-6 atenciones prenatales.

Un estudio realizado en Perú, por Mamani Peña, B.Y (2016), donde se buscaba determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, concluyo que dentro de las variables asociadas a parto pretérmino se encontraba, el presentar un periodo intergenésico corto, lo cual corrobora con nuestro estudio, en el cual la mayoría de nuestras pacientes se encontraban con un periodo intergenésico de 5 a 8 meses (23.7), lo cual implica un riesgo mayor para presentar un parto pretérmino, ya que la mayoría de las pacientes que representaban este grupo eran las de riesgo intermedio, siendo 31 pacientes del total las que representaban este grupo, para un 12.1 por ciento.

En una proporción superior al 70 por ciento de adolescentes gestantes incluidas en la muestra, se registraron patologías asociadas, ya sea vaginitis (32), infecciones de las vías urinarias (14.4), ruptura prematura de membranas (12.5), lo que guarda relación con otros estudios realizados en el país, como el de Ríos Cardona, KM, (2015), que buscó determinar la prevalencia de los principales factores de riesgo que pudieron haber predisuesto a las pacientes a tener un parto pretérmino y obtuvo como resultado que, en cuanto a la infección cervicovaginal activa y la infección de vías urinarias activas, el 9 por ciento (n=7) de las pacientes las presentó, respectivamente. Un 23 por ciento (n=17) de las pacientes presentó ruptura prematura de membrana; Lara sosa G, Phipps Melo A. (2013), realizaron un estudio también en República Dominicana, con el fin de establecer las principales características de los partos prematuros en adolescentes y resultó que, las variables con mayor relevancia en su estudio fueron la infección de vías urinarias, cervicovaginitis, vaginosis, preeclampsia y rotura prematura de membranas.

Almonte Muñoz, E.J (2014), realizó un estudio en República Dominicana, con el propósito de determinar la asociación entre infecciones cervicovaginales como causa de amenaza de parto pretérmino en embarazadas, obtuvo como resultado que, los casos de amenaza de parto pretérmino e infecciones cervicovaginales es de alta frecuencia (54.7), al igual que los resultados reportados en nuestro estudio, donde la vaginitis estuvo presente en 82 pacientes como única patología

para representar un 32 por ciento y en conjunto con otra patología, se presentó en 18 pacientes, para representar un 7 por ciento del total.

Un estudio realizado en el sureste mexicano por Martínez Cancino, G.A; Díaz Zagoya, J.C; Romero Vázquez, A (2017) que buscaba identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes determinó que, en las adolescentes que no tenían ninguna patología, el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías, a diferencia de nuestro estudio, en el cual, el 12 por ciento del total de nuestras pacientes no presentaban ninguna patología y de este 12 por ciento, solo el 9 por ciento de las pacientes se encontraban en riesgo intermedio, lo que sugiere que el riesgo de parto pretérmino en nuestro estudio no es menor en algunas de las pacientes que no presentaron ninguna patología.

En nuestro estudio las pacientes también presentaron patologías como trastornos en el líquido amniótico (3), hipertensión crónica (4.6), preeclampsia (2.7), anemia, placenta previa, sífilis y VIH, lo cual concuerda con un estudio realizado en el sureste mexicano por Martínez Cancino, G.A; Díaz Zagoya, J.C y Romero Vázquez, A (2017), donde de las variables analizadas, uno de los factores de riesgo estadísticamente significativo eran los trastornos en el líquido amniótico.

Otro estudio realizado en República Dominicana por Almonte Muñoz, E.J (2014) determinó que la hipertensión arterial fue la patología crónica de mayor frecuencia (12.2 por ciento); otro estudio realizado en Perú por Alarcón Celedonio, J.C., (2016) concluyó que dentro de las patologías la anemia representaba un factor de riesgo para parto pretérmino; por último un estudio realizado en Perú por Guevara Fustamante, S. (2018), determinó que la placenta previa (13.5) está relacionada con la amenaza de parto pretérmino.

IX. CONCLUSIONES

Después de analizados y discutidos nuestros datos, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. De un total de 257 pacientes, el mayor porcentaje estuvo representado por las pacientes de 17 años (24.12). En cuanto a la edad resultó que, el mayor porcentaje de bajo riesgo correspondió a jóvenes de 18 años, mientras que en cuanto al riesgo intermedio para las edades de 17 y 19 años se presentó un mismo porcentaje de 12.8 por ciento y el mayor porcentaje de alto riesgo se presentó en las jóvenes de 17 años, con un 11.3 por ciento.

2. El grado de escolaridad de mayor frecuencia reportado en nuestro estudio fue la secundaria, representado por un 49 por ciento, quedando en segundo lugar el nivel primario.

3. En cuanto a la ocupación, en los tres renglones de riesgo, es decir, bajo, intermedio y alto, se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje estaba representado por las jóvenes que se encontraban desempleadas.

4. De un total de 257 pacientes, solo 15 respondieron cuales eran sus ingresos mensuales, las cuales representaron el 5.8 por ciento del total; según los resultados de la estratificación de riesgo de Papiernik-Berhauer para parto pretérmino, de estas 15 pacientes, el mayor ingreso lo tuvieron las pacientes de bajo riesgo, estos ingresos se encontraron entre 10 mil y 20 mil pesos; para el riesgo intermedio y el alto riesgo, los ingresos se encontraron en menos de 10 mil pesos.

5. En base a los resultados de la edad de las pacientes, cuya edad más frecuente fue 17 años, el grado de escolaridad, siendo la secundaria el más frecuente, la ocupación, que la mayor frecuencia era para las desempleadas y los ingresos mensuales, que la mayoría presentaban menos de 10 mil pesos, se concluye que la mayoría de las pacientes presentan un nivel socioeconómico bajo, lo cual puede influir de forma directa en la presentación de amenaza de parto pretérmino.

6. Según los tres renglones de estratificación del riesgo, la edad gestacional que con mayor frecuencia se presentó fue de 33 a 36 semanas, representando un 7.8 por ciento de riesgo bajo, un 28.8 por ciento en riesgo intermedio y 17.1 por ciento en riesgo alto.

7. Se observó que la mayoría de las pacientes eran primigestas (45) y 36.2 cursaban con su segunda gesta; lo que se determinó como más frecuente es, que la mayoría de las pacientes multigestas presentaron antecedentes de 1 a 2 partos (14.7) y el 37.4 por ciento presentó antecedentes de aborto.

8. En cuanto a los controles prenatales, se observó que la mayoría de las pacientes presentaron entre 3 a 4 chequeos (48.2). En segundo lugar, se encontraron las pacientes que tenían entre 1 a 2 chequeos (19.4).

9. Se observó que la mayoría de las pacientes en los tres renglones de estratificación de riesgo, presentaban un periodo intergenésico de 5 a 8 meses (23.7).

10. Para las tres clasificaciones de riesgo, bajo, intermedio y alto, se obtuvo como resultado que la comorbilidad más frecuente fue la vaginitis, en segundo lugar para el bajo riesgo, las comorbilidades más frecuentes fueron la infección de vías urinarias y 2 comorbilidades concomitantes; para el riesgo intermedio resultó que, el segundo lugar de mayor frecuencia la tenían pacientes que no presentaban ninguna comorbilidad; para el alto riesgo, en segundo lugar, se obtuvo que las pacientes presentaban dos comorbilidades al mismo tiempo eran las siguientes en frecuencia.

11. De un total de 257 pacientes, 59 presentaron entre 1 o 2 comorbilidades y estas representaron el 23 por ciento del total; dentro de los tres grupos de clasificación de riesgo, bajo, intermedio y alto, el que más comorbilidades presentó fue el de alto riesgo.

En general, las comorbilidades más frecuentes fueron la infección de vías urinarias con ruptura prematura de membranas, para un total de 6 pacientes, en segundo lugar, de frecuencia se encontró la hipertensión crónica con placenta previa, para un total de 5 pacientes.

X. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el personal de salud brinde la atención prenatal y seguridad social a las gestantes adolescentes, que pueda diagnosticar y tratar cualquier eventualidad que se presente en este grupo etario. Así mismo, se aconseja brindar a estas pacientes una mayor información acerca de lo que es un embarazo estable, para evitar complicaciones.

2. Se recomienda continuar con los esfuerzos en la esfera preventivo-promocional, para así reducir la incidencia de embarazos adolescentes, mediante la realización de orientaciones individualizadas o charlas grupales en las instituciones educativas con la finalidad de que se concientice a las adolescentes sobre las consecuencias que conlleva una gestación en esta etapa.

3. Promover e incentivar este tipo de investigaciones para disminuir la prevalencia de los riesgos de parto pretérmino en nuestro país.

4. A todo el personal de salud implicado, se sugiere reconocer los factores de riesgo en las gestantes que acuden a sus atenciones prenatales para tomar medidas preventivas y evitar el parto pretérmino, dando mayor énfasis a los factores encontrados en los estudios del tema en cuestión según la relevancia que presentan.

5. Se recomienda tomar en cuenta para futuros estudios a realizar, la cantidad de ingresos mensuales, ya que el presentar una cantidad baja de ingresos mensuales representa un factor de riesgo para parto pretérmino, como se pudo observar en nuestro estudio.

XI. REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud. OMS.INT. (Internet). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [citado sept 2018]. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/tópicos/adolescence/dev/es.
2. López Barrera, K.L. Factores de riesgo y complicaciones en parto pretérmino en adolescentes de 14 a 19 años. Universidad de Guayaquil, Ecuador. Escuela de medicina. [citado sept 2018]. Disponible en: Repositorio.vg-edu.ec/bitstream/redug/3228111.pdf
3. Chacón O'Farril, D; Cortes Alfaro, A; Álvarez García, A.G *et al*. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2015 [citado 6 Nov 2018]: 41(1): 50-58. Disponible en: scielo.sld.cu/pdf/gin/vain/gin06115.
4. Organización mundial de la salud 2018. (OMS.INT (Internet). El embarazo en la adolescencia. 23 febrero 2018. [citado oct 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
5. Pérez Estrada, L.E; Tamayo Ortiz, A; Santisteban Cedeño, L.Y *et al*. Percepción de riesgo sobre el embarazo en adolescentes de noveno grado. *MULTIMED Rev Médica Granma*. [revista en Internet]. 2016 [citado 18 Nov 2017].
6. Organización Mundial de la Salud. OMS. Int. (Internet). Reducir la Mortalidad de los Recién Nacidos. [citado sept 2018]. Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn.
7. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. [Internet]. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK. [citado nov 2018]. Disponible en: Ncbi.nlm.nih.gov.

8. Ríos Cardona, KM; Prevalencia de factores de riesgo para parto pretérmino en embarazadas atendidas por el departamento de gineco-obstetricia en el hospital general de la plaza de la salud (HGPS). [Trabajo de grado para obtener el Título Dr. Medicina.]. 2016. Facultad de medicina universidad iberoamericana Unibe. S.D REP DOM. [citado oct 2018]. Disponible en: Biblioteca.unibe.edu.do.
9. Alarcón Celedonio, J.C. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes. Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Universidad Nacional mayor de San marcos. [Resumen]. 2016. Titulo; Lic. en obstetricia. [citado sept 2018]. Disponible en: Cybertesis.unsmm.edu.pe.
10. Barrera Sánchez, L.F; Manrique Abril, F.G & Ospina Diaz; J. M. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá 2016. *Revista virtual universidad católica del norte*, no 48. [Internet]. 2016. [citado oct 2018]. Disponible en: [http//. revista virtual.ucn.edu.do](http://revista.virtual.ucn.edu.do).
11. Aliaga Rafael G.C. Factores clínicos asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara. Universidad Ricardo Palma. [Trabajo de grado para obtener el Título: médico cirujano]. [Resumen]. 2018. Facultad de medicina, Manuel Huamán Guerrero, Lima, Perú. [citado sept 2018]. Disponible en: Repositorio.urp.edu.pe.
12. Mamani Peña, B.Y; Factores de riesgos asociados al parto pretérmino en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. [Trabajo de grado para la obtención de Titulo: Lic. en Obstetricia]. [Resumen]. 2016. [citado nov 2018]. Disponible en: Repositorio.unjbg.edu.pe.
13. Martínez Cancino, G.A; Díaz Zagoya, J.C; Romero Vázquez, A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano. *Salud en Tabasco [revista de internet]*. 2017. [citado nov 2018]. Vol.23, Núm. 1-2 p.p 3-18. Disponible en: [revista@saludtab.gob.mx/](mailto:revista@saludtab.gob.mx) regalyc.Org

14. Ugaz burga, E S, Guevara Fustamante, S; Factores de riesgos sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino Hospital José Hernán Soto Cadenillas-chota, Cajamarca, Perú. 2018. Universidad Nacional de Cajamarca. Título: Obstetra. [citado oct 2018]. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2275/T016_46659970_T.pdf?Sequence=1&isallowed=y
15. Lara sosa G, Phipps Melo A. Parto prematuro y factores de riesgo en adolescentes en el hospital de la mujer dominicana. [Trabajo de grado para la obtención Título: Dr. en medicina]. [Resumen]. 2013. Facultad de medicina Universidad Iberoamericana Unibe. [citado oct 2018]. Disponible en: [Biblioteca.unibe.edu.do](http://biblioteca.unibe.edu.do).
16. Almonte Muñoz, E.J. Infecciones cérvicovaginales como causa de amenaza de parto pretérmino en embarazadas del hospital universitario maternidad nuestra señora de la Altagracia. [Trabajo de grado para la obtención del Título: Dr. Medicina]. [Resumen]. 2014. Facultad de medicina Universidad iberoamericana Unibe. [citado sept 2018]. Disponible en: biblioteca.unibe.edu.do.
17. Laterra, C., Andina E, Di marco I. Amenaza Parto Prematuro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*. [Internet]. 2013. [citado. Sept 2018]. 22(1). Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa
18. Liu L; Oza S; Hogan D; Chu Y *et al*. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. [Internet]. [pub 2016, nov11; citado nov2018]. Disponible en: Ncbi.nlm.nih.gov.
19. Organización Panamericana de la salud (OPS). Paho.org. [Internet]. Instituciones conmemoran el día mundial del prematuro con jornada nacional a favor del recién nacido. 2018. [citado oct 2018], Disponible en: https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_content&view=article&id=2600:instituciones-conmemoran-dia-mundial-del-prematuro-con-jornada-nacional-a-favor-del-recien-nacido&Itemid=362

20. Mendoza Tascón L.A, Claros Benítez D.I, Mendoza Tascón L. *et al.* Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [Internet]. 2016. [citado oct 2018]. vol. 81 no.4. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012
21. Quintero Paredes PP. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario «Pedro Borrás Astorga». *Rev cubana Obstet Ginecol.* [Internet]. 2016. [citado nov 2018]; 42(3): 262-273. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300002
22. Paredes Humpiri, M.J. Parto pretérmino. [Diapositivas]. Hospital Juliaca-Obstetricia. [14 abril 2014, 23 Diapositivas; citado nov 2018]. Disponible en: slideshare.net.
23. Malaver Ponce, BF. Desarrollo normal del adolescente. [Internet]. 2015. [citado oct 2018]. Disponible en: <http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962>.
24. Terán, A. Programa preventivo para el embarazo en la adolescencia, Universidad de Carabobo. [Trabajo de grado para la obtener Título: Magister en investigación educativa]. [Internet]. 2015. [citado nov 2018]. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2990/3/ateran.pdf>
25. Prosalud.org.ve. [Internet]. Molina Beltrán, L. Embarazo en adolescentes, escuela de gerencia social, Ministerio de poder popular para la planificación y desarrollo. 2015. [citado nov 2018]. Disponible en: Prosalud.org.ve/public.
26. Ahued J, Lira P, Simóns L. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. [Internet]. México: 2001 [citado Nov 2018]. Disponible en: http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0009-74112001000600007&ing=es&nrm=iso>.issn0009-7411

27. Issler J. Embarazo en la adolescencia. *Rev. de postgrado de la Vía cátedra de Medicina*. [Revista de Internet]. 2012. [citado Nov 2018]; 107 (11): p.11-23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
28. Faneiti, Pedro, Gomez, Ramón, Marisela, Guninad *et al.* Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezuela*. [Revista de Internet]. 2016. [citado 11 2018]. vol.66, no.1, p.1-6.
29. Camay Astorga, J.M. [Internet]. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Primera Edición. Guatemala Departamento Quetzaltenango; 2012. [citado Nov 2018]
30. Aristizábal Hoyos, G.P; Blanco Borjas, D.M *et al.* El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Revista enfermería* [Internet]. 2013. [citado Nov 2018]. Vol.8 no.4 México oct./dic. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
31. Rodríguez, M.A. Factores de riesgo para el embarazo en adolescentes. *Medicina UPB* [Internet]. 2014. [citado Nov 2018]. vol. 27, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 47-58. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159013072014.pdf>
32. Quirós González, G; Alfaro Piedra R. *et al.* Amenaza de Parto Pretérmino, *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* [Internet]. Año 2016. [citado Nov 2018]. Vol. 1 No I. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061>
33. Voto L; Valentí E; Asprea I. *et al.* Parto Pretérmino. *FAGO* [Internet]. 2014; [citado Nov 2018]. 13 (1): 5- 10 14. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf
34. Puerta N. Guía de Práctica Clínica de Amenaza de Parto Pretérmino. *Clínica de la Mujer* [Internet]. 2014. [citado Nov 2018]. Disponible en: https://www.clinicadelamujer.com.co/files/parto_pretermino.pdf

35. Ortiz Romero, C; Chávez Merlos A. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto prematuro. *RevFacMed UNAM*. [Internet]. 2014. [Citado Dic 2018]. Vol.44 No.5. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no44-5/RFM44503>
36. Allauca, C. Infecciones de vías urinarias y leucorreas patológicas como factores predisponentes al parto pretérmino en mujeres que acudieron al Hospital Provincial General Docente Riobamba. [Internet]. 2014. [Tesis Médico General para optar por título de obstetra]. Riobamba, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Fac. de Salud Pública, Esc. Medicina. [citado Dic 2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4412/1/T-UCE-0006-87-173.pdf>
37. Hasbun, J. Infección de parto prematuro, enlace Epidemiológico y bioquímico. *Rev Chil Infect* [Internet]. 7ma.ed. [citado Dic 2018], v.17 n.1 pp. 355-370.
38. Méndez Cornejo, J. Nutrición Materna. *Revista médica de Chile*. [Internet]. 2016. [citado Dic 2018]. 132 (7-12): 82. 18
39. Ahumada-Barrios, M.E; Alvarado, G.F. Factores de Riesgo de parto Pretérmino en un hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016. [citado Dic 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf
40. Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones maternas perinatales en primigestas adolescentes: estudio de caso control. Hospital Sergio E. Bernales. [Internet]. 2014. Perú: Lima. 2015 (Tesis para optar grado de licenciado en obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2015. (Citado el 10 de octubre 2018). Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2964/1/Mondra>

41. Inatal.org [Internet]. España: Inatal; 2018. [Última modificación agosto 2018; Citado Dic 2018]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/consultas/pruebas-diagnosticas-durante-el-embarazo/116-el-test-de-o-sullivan.html>
42. Sayagues, B. Recién Nacidos, Hijos de Madres Adolescentes. *Revista Uruguaya Ginecológica de Adolescentes*. [Internet]. 2013. [citado Dic 2018]. 12(1): 64.
43. Valera E. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el hospital regional de Cajamarca. [Internet]. 2014. Perú: Cajamarca. 2014 (tesis para optar grado de médico cirujano). Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Medicina Humana; 2014. (Citado Dic 2018). Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/520/T%20618.9201%20V162%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
44. Paris E; Sánchez I; Beltramino D. *et al*. Pediatría. 6ta edición. Buenos Aires – Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2013.
45. Molina M, Castro E, Ruiz M. *et al*. Morbilidad materno-fetal en adolescentes: experiencia en un hospital suburbano de México. *An Med*. [Internet]. (Mex) 2013. [citado Dic 2018]. 58(3):175-9.
46. Di Marco, I; Asprea, I. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto Pretérmino, atención del parto Pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. [Internet]. Primera Edición. República Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de salud de la Nación. 2015. [citado enero 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
47. Navas L; Lankester E. Abordaje del Parto Pretérmino. *Rev Méd Costa Rica Centroamérica*. [Internet]. 2014; [citado enero 2019]. LXXI (613): 725-730.

48. Robert J; Leiva J; Germain A. Protocolo de Manejo en pacientes con amenaza de parto pretérmino en clínica Las Condes. *Rev Med Clin Condes*. [Internet]. 2014. [citado enero 2019]; 25 (6): 953-957 16
49. Osorio A; García J. Guía Farmacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino. *Rev Colomb Enferm*. [Internet]. 2015; [citado enero 2019]. 10 (10): 78-89 13.
50. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. [Citado sept 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/063GER.pdf>
51. Manzini JL. Declaración de Hilsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2000; VI (2): 321.
52. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2018-2019	
Selección del tema	2018	Noviembre 2018
Búsqueda de referencias		Noviembre 2018
Elaboración del anteproyecto		Noviembre - Diciembre 2018
Sometimiento y aprobación	2019	Marzo-abril 2019
Ejecución de las encuestas		Abril-agosto 2019
Tabulación y análisis de la información		Julio 2019
Redacción del informe		Julio 2019
Revisión del informe		Julio 2019
Encuadernación		Agosto 2019
Presentación		Agosto 2019

XII.2 Consentimiento informado para la participación en un estudio de investigación médica.

Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir su participación o no, se debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

1. Objetivo del estudio: al realizar este estudio se espera determinar los factores de riesgo que se relacionan con la amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia.

2. Riesgos: no hay ningún riesgo en su participación en esta investigación.

3. Costo: esta investigación no tendrá ningún costo para usted.

Su identidad se mantendrá en absoluta confidencialidad (privacidad), debido a que la identificación suministrada se le asignará un número. Estos datos se procesan con la debida formalidad, con la finalidad de que los resultados puedan ser publicados.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, por lo que acepto de manera voluntaria mi participación en el estudio. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Responsables del estudio:

Karla Lora

Noroyska Heyaime

Dr. Romero

XII.3 Instrumento de recolección de los datos

DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA, ABRIL-AGOSTO, 2019.

No. de expediente: _____ Fecha: _____

1. Edad: _____

2. Procedencia: Rural _____ Urbana _____

3. Ocupación: Empleado _____ Desempleado _____

4. Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundario _____

Preuniversitario _____ Universitario _____

5. Hábitos tóxicos: Tabaquismo _____ Drogas: _____ Alcohol: _____

6. Historia obstétrica: Gesta _____ Partos _____ Cesáreas _____

Abortos _____

7. Controles prenatales: _____

8. Periodo intergenésico: _____

9. Comorbilidad: Infección de vías urinarias _____ Vaginitis _____

Placenta Previa _____ Ruptura prematura de membranas _____

Ninguna _____ Otras _____

ESTRATIFICACION DE RIESGO PAPIERNIK- BERHAUER MODIFICADO POR GONIK- CREASY (1986) PARTO PRETERMINO⁵⁰

Puntaje	Estatus socioeconómico	Historia Obstétrica previa	Hábitos diarios	Embarazo actual
1	1 hijas (os) en casa Bajo estatus socioeconómico	1 aborto con intervalo intergestacional. Menor 1 año	Trabajo fuera de casa	Fatiga no usual
2	Menor 20 años Mayor 40 años Madre soltera	2 abortos	Tabaquismo mayor 10 cigarrillos diarios Subir mayor 3 pisos por escaleras sin elevador	Ganancia de peso menor 13 kg a las semanas 32 Albuminuria Hipertensión Bacteriuria
3	Muy bajo nivel socioeconómico Talla menor 150 cm Peso menor 45 kg	3 abortos	Trabajo pesado Viajes diarios con trayectos largos fatigantes	Mala ganancia de peso a las 32 semanas P. Pélvica. Pérdida de peso mayor 2 kg Cabeza fetal encajada a las 32 semanas Enfermedad febril
4	Menor 18 años	Pielonefritis		Sangrado después de la semana 12 Cérvix corto Borramiento Dilatación Irritabilidad uterina
5		Malformación Mulleriana Aborto de 2do. Trimestre Exposición a dietilestilbestrol		Placenta previa Polihidramnios
10		Parto pretérmino previo Aborto del 2do trimestre de repetición.		Embarazo gemelar Cirugía abdominal

Interpretación:

0-5= Bajo riesgo de PP

5-9= Riesgo intermedio de PP

Mayor 10= Riesgo elevado de PP

XII.4. Costos y Recursos

XII.4.1. Humanos			
Sustentante: dos Asesores: dos Digitadores			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio (RD)	Total
Papel bond 20 (8 ½ X 11)	3 resmas	200.00	600.00
Lápices	6 unidades	10.00	60.00
Borras	3 unidades	10.00	30.00
Bolígrafos	6 unidades	30.00	180.00
Sacapuntas	2 unidades	40.00	80.00
Computadora: Hardware: Intel® Core™ i5-2100 3.10 GHz. 4.00 GB RAM. Impresora HP all in one. Software: Microsoft Windows 8. Microsoft Word 2013. IBM SPSS 9. Presentación: Proyector SVGA/HDMI LG. Cartuchos HP 122	2 unidades	1,500.00	3,000.00
XII.4.3. Información			
Libros, Revistas, Artículos online Otros documentos			
XII.4.4. Económicos			
Inscripción de trabajo de grado UNPHU			15,000.00
Presentación del trabajo de grado UNPHU			15,000.00
Papelería (copias)			5,400.00
Encuadernación	9 informes		13,000.00
Alimentación y Transporte			5,200.00
Empastado	9 ejemplares		6,000.00
Imprevistos 10%			7,000.00
Total			70,550.00

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Karla Marie Lora Figuereo

Noroyksa Heyaime Henríquez

Asesores:

Dra. Gladys Cerda

Rubén Darío Pimentel

Jurado:

Autoridades:

Dr. Eduardo García
(Director Escuela de medicina)

Dr. William Duke
(Decano Facultad Ciencias de la Salud)

Calificación: _____

Fecha: _____