

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

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
NOVIEMBRE 2022



Trabajo de grado presentado por Liz C. Balboa y Leonela N. Núñez Cáceres para
optar por el título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2022

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	15
I.1. Antecedentes	16
I.2. Justificación	17-18
II. Planteamiento del problema	19-20
III. Objetivos	21
III.1. General	21
III.2. Específicos	21
IV. Marco teórico	22

IV.1. Adolescencia	22
IV.1.2. Clasificación	22-23
IV.1.3. Embarazo en adolescencia	23
IV.1.3.1. Factores que influyen en el embarazo adolescente	23
IV.1.3.2. Factores individuales	24
IV.1.3.3. Factores sociales	24
IV.1.3.4. Factores familiares	25
IV.1.3.5. Factores culturales	25-26
IV.1.3.6. Factores psicológicos	26
IV.1.3.7. Factores educativos	26
IV.2. Amenaza de parto pretérmino	27
IV.2.1. Definición	27

IV.2.2. Parto pretérmino	27
IV.2.2.1. Clasificación	27-28
IV.2.3. Trabajo de parto pretérmino	28
IV.2.4. Factores de riesgo asociados con parto pretérmino	28
IV.2.4.1. Relaciones sexuales durante el embarazo	28
IV.2.4.2. Nivel socioeconómico bajo y/o pobreza y amenaza de parto pretérmino	28-29
IV.2.4.3. Gestante adolescente	29
IV.2.4.4. Embarazo múltiple y reproducción asistida	29
IV.2.4.5. Tabaquismo, drogadicción y alcoholismo	29
IV.2.4.6. Vaginosis bacteriana como factor de riesgo para amenaza de parto prematuro	29-30
IV.2.4.7. Infección de vías urinarias (IVU) y amenaza de parto pretérmino	30

IV.2.4.8. Anormalidades congénitas uterinas	31
IV.2.5. Morbilidad obstétrica en la adolescente	31-32
IV.2.5.1 Control prenatal inadecuado	32
IV.2.6. Complicaciones	32
IV.2.6.1. Hipertensión inducida por embarazo	32
IV.2.6.2. Rotura prematura de membranas	32-33
IV.2.6.3. Desproporciones cefalopélvicas	33
IV.2.7. Diagnóstico	33-34
IV.2.7.1. Anamnesis	34
IV.2.7.2. Exploración física	34
IV.2.7.3. Exploración obstétrica	35
IV.2.7.4. Criterios clínicos	35

IV.2.7.5. Criterios ecográficos	35
IV.2.8. Conducta	36
IV.2.9. Tratamiento	36
IV.2.9.1. Clorhidrato de isoxuprina	36
IV.2.9.2. Hexoprenalina	37
IV.2.9.2. Ritodrine	37
IV.2.9.3. Sulfato de magnesio	37
IV.2.9.4. Indometacina	37
VI. Operacionalización de las variables	39-41
VII. Material y métodos	42
VII.1. Tipo de estudio	42
VII.2. Área de estudio	42

VII.3. Universo	42
VII.4. Muestra	42
VII.5. Criterios	43
VII.5.1. De inclusión	43
VII.5.2. De exclusión	43
VII.6. Instrumento de recolección de datos	43
VII.7. Procedimiento	43
VII.8. Tabulación	44
VII.9. Análisis	44
VII.10. Aspectos éticos	44-45
VIII. Resultados	46-57
IX. Discusión	58

X. Conclusión	60
XI. Recomendaciones	61
XII. Referencias	62-67
XIII. Anexos	68-72
XIX. Evaluación	73

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la sabiduría para completar este camino y haberme permitido completar esta meta.

A mi madre, mi padre y toda mi familia por siempre alentarme a dar lo mejor de mí.
A Ruth Reynoso por brindarme sus más sinceros consejos en este largo camino.

A mis queridas amigas Laura Florencio, Eva Díaz, María Mateo por siempre confiar en mí y darme fuerzas en esos momentos difíciles.

A mis compañeras y amigas de este recorrer universitario Liz Balboa, Maria Madera y Bianca Wejebe que siempre estuvieron ahí brindándome su apoyo incondicional.
A todos mis colegas por formar parte de esta etapa y por hacer este camino más fácil.

Leonela Nicole Núñez Cáceres.

Agradezco a Dios por permitirme llegar al final de este largo viaje con éxito y por ayudarme a cumplir esta meta tan importante.

A mis padres, Antonio Balboa y Carolina Montilla, por apoyarme incondicionalmente, por haber sido mi mayor impulso para alcanzar mis metas y objetivos y por haberme dado el privilegio de tener una buena educación y siempre estar de mi lado.

A mi hermana y mejor amiga, Laura Balboa, por estar conmigo en los mejores y peores momentos de este largo camino y apoyarme de manera incondicional.

A mi tío, Luis Balboa, por apoyarme y brindarme su conocimiento para ayudarme a cumplir esta meta tan importante.

A mis amigas, Julia de la Rosa, Sara D´Oleo y Zelineth Jaén, por brindarme su apoyo y amistad incondicionalmente a pesar de la distancia.

A mis compañeros de carrera y amigos, Leonela Núñez, Maria Madera, Clarissa Casado, Delmirio Junior Rojas y Amy Alíes, por estar siempre para apoyarme, hacer este camino más sencillo y convertirse en parte de mi familia.

Liz Carolina Balboa Montilla

DEDICATORIA

Dedico este logro a Dios, mi guía en cada paso de mi vida, que me empujo a seguir firme y me bendijo al terminar exitosamente esta etapa.

A Nicole Cáceres, mi madre y mi confidente, que siempre me ha impulsado a mantenerme firme, que ha estado en todo momento sosteniendo mi mano y siempre motivándome a dar lo mejor de mi.

A Victoria Cáceres y Edys Crisóstomo, mis segundos padres por sus consejos y guiarme en este camino.

A mis hermanos, Eric, Eddys Fernando, Gabriel y Javier por siempre estar y creer en mí.

A mi pareja Stalin Feliz, por siempre motivarme a esforzarme al máximo y por brindarme su apoyo y ayudarme en todo este trayecto.

A mis tíos Ricardo Cáceres, Belkis Cáceres y mi abuela Altagracia Matos, por estar presente en esta etapa.

Leonela Nicole Núñez Cáceres

Le dedico este trabajo a mi familia por brindarme su cariño, fortaleza y confiar en mi durante toda mi vida,

A mi abuela, Dunnys Hernández, por darme su amor y apoyo incondicional.

A mis abuelos, Alcibíades Montilla, José Balboa y Emilia Guitan, por amarme y cuidarme desde el cielo en todo este camino.

Liz Carolina Balboa Montilla

RESUMEN

Introducción: El trabajo de parto pretérmino en adolescentes es considerado la principal causa de morbilidad neonatal. 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.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia noviembre 2022.

Materiales y métodos: se realizará un estudio observacional, descriptivo, con recolección prospectiva de datos, donde se tomó una muestra de 55 pacientes adolescentes. Se utilizó un instrumento de recolección de datos de tipo cuestionario el cual incluyó 10 preguntas el cual contiene datos como la edad de la paciente, la edad gestacional, sexo, escolaridad, procedencia, estado civil, ocupación, historia obstétrica, hábitos tóxicos, número de consultas prenatales y antecedentes patológicos.

Resultados: El rango de edad más frecuente fue de 15-18 un 59 por ciento. La mayoría procedía de zonas urbanas un 55 por ciento. El nivel de educación, el 64 por ciento siendo la mayoría, había finalizado la secundaria. El estado civil más frecuente fue unión libre con un 69 por ciento. El 88 por ciento está desempleada. La mayoría negó tener algún hábito tóxico un 33 por ciento. El mayor porcentaje en asistencia a consultas prenatales fue de 2 con un 24 por ciento. El 44 por ciento ha padecido vaginitis.

Conclusión: El estudio demuestra que dentro de los factores de riesgo asociados a partos pretérminos se encuentran la anemia con un 60 por ciento y las infecciones urinarias con un 44 por ciento.

ABSTRACT

Introduction: Preterm labor in adolescents is considered the main cause of neonatal morbidity and mortality. It is necessary to bear in mind that, due to the lack of guidance in young people, an increase in the number of pregnant adolescents is observed every day, leading to a negative impact on the physical, emotional and economic condition of the adolescent.

Objectives: To determine the risk factors associated with preterm birth in adolescents at the Nuestra Señora de la Altagracia Maternity University Hospital in November 2022.

Materials and methods: an observational, descriptive study will be carried out, with prospective data collection, where a sample of 55 adolescent patients was taken. A questionnaire-type data collection instrument was used, which included 10 questions containing data such as the patient's age, gestational age, sex, education, origin, marital status, occupation, obstetric history, toxic habits, number of prenatal consultations and pathological history.

Results: The most frequent age range was 15-18, 59 percent. The majority came from urban areas, 55 percent. The level of education, 64 percent being the majority, had finished high school. The most frequent marital status was free union with 69 percent. 88 percent are unemployed. The majority denied having any toxic habit, 33 percent. The highest percentage in attendance at prenatal consultations was 2 with 24 percent. 44 percent have suffered from vaginitis.

Conclusion: The study shows that among the risk factors associated with preterm births are anemia with 60 percent and urinary infections with 44 percent.

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto que inicia entre las 22 y 36 semanas de gestación, contados desde el primer día de la fecha desde la última menstruación se denomina parto pretérmino. Este es considerado la principal causa de morbilidad neonatal. De este mismo modo se clasifica en: prematuros extremos (menos de 28 semanas de edad gestacional), muy prematuros (28 a 32 semanas de edad gestacional), y prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas de edad gestacional).³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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. Se ha visto un incremento de embarazos en adolescentes debido a diversos factores que ocasionan un recién nacido con riesgos de prematuridad, al igual que presentar bajo peso al nacimiento y complicaciones severas que lo pueden llevar a la muerte. 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.⁵

La cantidad de nacimientos en embarazos adolescentes reportados por la OMS es de 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años.⁴

República Dominicana es uno de los países de Centroamérica y El Caribe con mayor incidencia de embarazos adolescentes. Más del 20% de las mujeres jóvenes de entre 15 a 19 años se quedan embarazadas en la adolescencia. Según la UNFPA del 2022 la tasa de embarazo en adolescentes aumentó un 29.5%.³⁴

I.1. Antecedentes

I.1.1. Nacionales

Lora K, Heyaime N, realizaron un estudio en el 2019, se seleccionó un enfoque de investigación prospectiva de datos, cuyo objetivo era determinar de riesgo relacionados con amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes estudio observacional, descriptivo, los factores escentes. 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. 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).

Un estudio realizado por Sanchez Orbe J, Rodriguez Vargas N, Batista Garabitos D, el cual tuvo como fin determinar los factores de riesgo asociados al trabajo de parto pretérmino en gestantes del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, periodo septiembre–diciembre 2018. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 52 mujeres. Los datos obtenidos fueron procesados con el sistema Epi-info 7.0. El estudio muestra que entre los factores de riesgo más relevantes se encuentra la multiparidad, mostrando que el 65.4 % tuvieron un número mayor a dos embarazos, de las cuales se encontró que el 52.9 % tienen historia de abortos.⁷

I.1.2. Internacionales

Cancino M, Graciela A, Diaz Z, Romero V, realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a partos pretérmino en adolescentes en un hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano, durante el año 2015, fue un estudio observacional de casos y controles, retrospectivo y analítico, con 155 casos e igual número de controles. De las variables analizadas los factores de riesgo estadísticamente significativos para parto prematuro fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología, el

riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías.⁶

Un estudio realizado por Rodríguez Y, con el fin de determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018. Fue un estudio cuantitativo, diseño descriptivo, corte transversal y retrospectivo. Muestra: 84 casos y 84 controles. Dentro de los antecedentes reproductivos maternos: Atención prenatal (APN) inadecuados 34,5% (29) casos y 9.5% (8) controles, Antecedentes patológicos generales: Preeclampsia (Pe) 22.6% (19) casos y 3.6% (3) controles (OR=7.89[IC 95%:2,24–27,84]). 27,4% (23) casos y 3.6% (3) controles tuvo diabetes (OR=3,58[IC 95%:1,5 –8,57]).⁸

Murguia R, Caceda S, Roque Quezada J, De La Cruz J, realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo maternos que predisponen a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo 2018 – 2019, este estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de tipo casos y controles. Se estudiaron 180 gestantes de 10 -19 años, divididas en 60 casos y 120 controles. Se recopiló la información de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos, asegurando que se cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó el análisis estadístico para calcular frecuencias y medidas de asociación como el Chi cuadrado y el cálculo de Odds Ratio (OR), con nivel de significancia al 95% ($p < 0.05$). Los resultados fueron ajustados mediante un modelo multivariado de regresión logística binaria.¹⁰

I.2 Justificación

La amenaza de parto con feto pretérmino representa una de las complicaciones más frecuentes en obstetricia en embarazos entre las 22 y 37 semanas de gestación. Según la OMS su prevalencia en América Latina es entre 10 a 12%, debido a diferentes factores entre los que se encuentran: Vulvovaginitis, antecedentes de parto prematuro, infección del tracto urinario, historia familiar de parto prematuro y la adolescencia como tal. Esto es importante debido a que 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 ser prevenibles.¹⁵

Según el encargado de la División de Salud Materno Infantil y Adolescentes, del Ministerio de salud, 8 de cada 100 nacidos vivos nacen prematuramente, esto provoca una gran problemática a nivel social y sanitario, ya que produce una mayor ocupación en las unidades de cuidados intensivos neonatales y secuelas a largo plazo en los pacientes.¹⁶

La Vicepresidencia de la República, el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Oficina Nacional de Estadística (ONE) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) lanzaron el Mapa de Embarazos en Adolescentes en República Dominicana.³⁷

Según el Unfpa, República Dominicana se encuentra entre los cinco países con mayor proporción de embarazos en adolescentes de América Latina. La tasa de natalidad en adolescentes de 15 a 19 años en el país es de 90 por cada mil. Casi duplica la mundial que es de 51.³⁷

El 61.4% de las adolescentes alguna vez embarazadas en el país pertenecen a los dos quintiles más pobres. Las adolescentes con nivel de instrucción básico o primario presentan un porcentaje de embarazos casi seis veces mayor a las que tienen nivel superior. Más de la mitad de las madres adolescentes (52%) tiene como actividad principal los quehaceres del hogar.³⁷

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto pretérmino hace referencia a la culminación de la gestación antes de las 37 semanas y después de las 22 semanas de gestación. El embarazo y el parto pretérmino en las adolescentes es un desafío para la Salud Pública debido a que los prematuros son causa de mortalidad y de la morbilidad neonatal además de presentar preocupación para los servicios de salud y sus familias por los daños y secuelas que podrían presentar en el futuro.¹¹

Según la OMS en el 2015 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial y en el 2016 informan que todos los años nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término; lo cual nos dice, más de uno en 10 nacimientos.¹²

Las tasas de supervivencia de los prematuros muestran notables diferencias entre los diversos países del mundo dependiendo de los recursos económicos.

Más de un millón de niños prematuros fallecen cada año debido a complicaciones en el parto como síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizantes entre otros. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años.¹³

En nuestro país el parto pretérmino se presenta en el 5 - 10% de embarazos. Y que sólo el 20% de las gestantes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino concluyen en un parto pretérmino además manifiestan que es causa del 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y del 50% de los daños neurológicos.

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.¹⁴

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.

Por lo cual es importante saber cuáles son los más frecuentes para poder prevenir o disminuir la frecuencia de estos y así evitar o aminorar la prematuridad; en el recién nacido, por las consecuencias que esto trae como morbilidad o mortalidad neonatal, problemas familiares tanto sociales como emocionales además de los gastos económicos que implica el cuidado de un recién nacido prematuro tanto para la familia como para el estado.¹³

Por eso surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes atendidas en consulta en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Noviembre 2022?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Noviembre 2022.

III.2. Específicos:

1. Determinar la edad, procedencia y estado civil de las adolescentes con amenaza de parto pretérmino.
2. Identificar los principales factores de riesgo obstétricos asociados a prematuridad en gestantes adolescentes: Gestaciones previas, partos previos, antecedente de parto pretérmino, antecedente de aborto, control prenatal irregular, anemia, infección del tracto urinario, hábitos nocivos, preeclampsia y eclampsia.
3. Identificar cuáles pacientes presentaron urocultivos y cultivo vaginal positivo previos al evento.
4. Indagar si se recibieron tratamientos las pacientes que presentaron cultivos positivos.
5. Identificar el tratamiento aplicado a los antecedentes infecciosos.
6. Identificar la incidencia de partos pretérminos en gestantes adolescentes.
7. Determinar la edad gestacional del parto pretérmino en gestante adolescente.
8. Determinar la vía de culminación del parto pretérmino en gestantes adolescentes.
9. Identificar antecedentes de resultantes neonatales vivos, muertos y que necesitaron ingreso.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 Adolescencia

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, recorre los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica, fija sus límites entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud, que va entre los 15 y 24 años. Es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, dividiéndose en tres etapas.¹⁷

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.¹⁷

IV.1.2. Clasificación

Adolescencia temprana (10 a 12 años)

Durante esta etapa, los niños suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos.¹⁸

Adolescencia media (13 a 15 años)

A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus pares,

de la familia o de la comunidad. Otra forma típica de explorar el sexo y la sexualidad de los adolescentes de todos los géneros es la autoestimulación, también llamada masturbación.

Adolescencia tardía (16 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".¹⁸

IV.1.3. Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

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.¹⁹

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 reemplaza 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.²⁰

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:

1. La orientación de amigos, curiosidad, la presión social, y la diversión propician a que muchos adolescentes contraigan adicciones, como el alcoholismo y drogadicción.
2. Dificultad para desarrollar su proyecto de vida.
3. Falta de previsión, las primeras relaciones sexuales son espontaneas, no planeadas lo que dificulta la utilización de un método anticonceptivo.
4. Menarquía precoz.
5. Falsas creencias sobre la maternidad.
6. Falta de actitud preventiva.
7. Comportamientos de suicidio.
8. Tener una relación cercana.
9. Estar enamorada de su pareja.
10. Sentirse mayor o con independencia o autonomía.²⁰

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 el adolescente ya que esto interfiere para la realización personal, la identidad social y en la vida familiar.²¹

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. Inició 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.²¹

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.

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.²²

IV.1.3.5. Factores culturales

La alta vulnerabilidad a la que se expone el adolescente puede tener implicaciones negativas principalmente porque enfrentan cambios de cultura y, en consecuencia, una libertad sexual.

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.²⁰

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 están expuestas y existe un alto índice de vulnerabilidad a violencia, maltrato y disfunción familiar.

Entre los factores psicológicos están los siguientes:

1. Confusión al 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.²⁰

IV.1.3.7 Factores educativos.

1. Dentro de los factores educativos se encuentran:

2. 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.
3. Abandono escolar. Por falta de recursos económicos el adolescente decide abandonar sus estudios. No tiene un ingreso para sufragar los gastos estudiantiles.
4. Falta educación sexual. En los centros educativos no se da a conocer temas de sexualidad. Aún existe el tabú.
5. Falta de capacitación laboral.
6. Bajas expectativas académicas a muy temprana edad.²⁰

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.²³

V.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.²⁴

IV.2.2.1 Clasificación

1. Prematuros extremos: menos de 28 semanas.
2. Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
3. Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.

4. Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas.²⁴

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.²⁵

IV.2.4. Factores de riesgo asociados con parto pretérmino

IV.2.4.1. Relaciones sexuales durante el embarazo

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.²⁶

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.²⁶

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.²⁷

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.²⁷

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.²⁷

V.2.4.5. Tabaquismo, drogadicción y alcoholismo

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal.²⁷

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 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 íntegras.

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.

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 ascienden 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.²⁸

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.

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.²⁸

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.

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.²⁸

IV.2.4.8. Anormalidades congénitas uterinas

Los úteros dobles, bicorne, unicorne, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial.²⁷

IV.2.5. Morbilidad obstétrica en la adolescente

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 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.²⁹

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. 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.³⁰

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 morbimortalidad 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.²⁷

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: Anomalías placentarias- anomalías morfológicas como placenta marginata, placenta circunvalada y la inserción marginal del cordón umbilical se asocian frecuentemente a trabajo de parto pretérmino, placenta previa.³⁰

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, dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales.³⁰

IV.2.6.2. Rotura prematura de membranas

La rotura prematura de membranas se define como la rotura espontánea de membranas antes del comienzo del parto. La rotura de membranas pretérmino

(RPMP) ocurre en un 3 por ciento de las gestaciones y está implicada en un tercio de los partos pretérmino.

La morbimortalidad viene derivada principalmente del grado de prematuridad (distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular y sepsis nosocomial).³⁰

IV.2.6.3 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.
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.³⁰

IV.2.7. 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.³¹

En la clínica pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- 1) Dolores abdominales difusos (continuos o esporádicos).
- 2) Dolores en región suprapúbica (constantes o no).

- 3) Dolores en región sacrolumbar.
- 4) Contracciones uterinas en 10 minutos (dolorosas o no).
- 5) Sensación de presión fetal.
- 6) Pérdida 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).
- 4) Puede realizarse especuloscopia para descartar bolsa rota (mediante la maniobra de Tarnier), y visualización del cuello.³¹

IV.2.7.1. Anamnesis.

Es importante en cuanto a la anamnesis la indagación sobre el inicio de los síntomas, tiempo transcurrido desde el inicio y el momento del examen físico y la forma en la que iniciaron las contracciones.³¹

IV.2.7.2. Exploración física

Peso, talla e índice de masa corporal. Tanto la delgadez como la obesidad extrema al inicio del embarazo se asocia con malos resultados obstétricos, por lo que es importante conocer estos parámetros desde el primer momento. Respecto a la talla, la capacidad pélvica se reduce cuando es inferior a 1.50m., por lo que su medición es necesaria para valorar la posible existencia de una desproporción céfalo-pélvica a la hora del parto. Presión arterial: se debe medir en la primera visita y en las siguientes para hacer un cribado de la pre-eclampsia. Exploración general: auscultación

cardiopulmonar, palpación abdominal, exploración tiroidea, examen de la pelvis y extremidades inferiores.³⁵

IV.2.7.3. Exploración obstétrica

1. Comprobar frecuencia cardiaca fetal (FCF) positiva.
2. Valoración del abdomen (altura uterina, presentación fetal, irritabilidad uterina.).
3. Espéculo-copia: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias.).
4. Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal, para SGB y FFV. Parcial de orina y urocultivo.
5. TV: Valoración cervical mediante el Índice de Bishop.
6. Monitoria fetal: Confirmar la presencia de contracciones y bienestar fetal.
7. Se debe solicitar Ecografía transvaginal para medición de la longitud cérvix.
8. Amniocentesis previo consentimiento informado y evaluando el estado serológico materno (Grupo Sanguíneo, HIV, AgsHB).³¹

IV.2.7.4. Criterios clínicos

Existen consideraciones clínicas que una vez identificadas sirven para tipificar a una paciente cuando está en trabajo de parto pretérmino, estos criterios son:

- La presencia de contracciones uterinas.
- Modificaciones cervicales.

IV.2.7.5. Criterios ecográficos

La ecografía es una herramienta de mucha ayuda como valor diagnóstico y predictivo del trabajo de parto con feto pretérmino, preferiblemente mediante una ecografía transvaginal se obtienen datos importantes como:

1. Una longitud cervical < 2.25 mm se asocia con un riesgo relativo de parto prematuro.
2. El mayor valor predictivo positivo se obtiene con una longitud cervical inferior a 18 mm.³¹

IV.2.9. 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.³¹

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.³³

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

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.³³

Mayor riesgo fetal: taquicardia

El mismo mecanismo de acción lo tienen la Indometacina, aparte de ser un antiproglandínico; 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, controlarán 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.³³

IV.2.9.1. Clorhidrato de isoxuprina

La isoxuprina 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.³³

IV.2.9.2. 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.³³

IV.2.9.2. 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.³³

IV.2.9.3. 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.³³

El sulfato de magnesio utilizado en pacientes con trabajo de parto pretérmino, fase activa antes de semana 32, es un tratamiento efectivo y seguro en la prevención de la parálisis cerebral en fetos prematuros.³⁶

IV.2.9.4. 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.³³

En todos los casos de amenaza de parto pretérmino 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.

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. Restricción del crecimiento intrauterino comprobado con detención del crecimiento.
8. Eritroblastosis fetal.
9. Feto muerto.³³

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	10-12 años 13-15 años 16-19 años
Procedencia	Lugar que habita la paciente.	Hábitat	Rural Urbana
Nivel de escolaridad	Último nivel académico cursado por una persona.	Escolaridad	Analfabeta Primario Secundario Preuniversitari o Universitario
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja sentimental.	Razón social	Soltera Casada Unión libre
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Ocupación	Estudiante Comerciante Quehaceres domésticos Peluquera Camarera

Factores de riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Antecedentes patológicos	Anemia. Infección del tracto urinario. Hábitos nocivos. Preeclampsia. Diabetes gestacional.
Edad gestacional	Es el periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Edad gestacional	22-26 semanas 27-30 semanas 31-33 semanas 35-36 semanas
Historia obstétrica previa	Eventos obstétricos.	Paridad	Partos Cesáreas Abortos
Controles prenatales	Se refiere a la atención prenatal recibida.	Chequeo prenatal	Regular Irregular

Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido entre un embarazo y otro.	Tiempo entre embarazos	-1 año 1-3 años 3.5 años +5 años
Comorbilidad	Eventos padecidos durante el embarazo según información de la paciente.	Complicaciones obstétricas.	Infección de vías urinarias. Vaginitis. Placenta previa. Ruptura prematura de membranas.
Manejo de parto pretérmino	Conductas generales que deben realizarse luego del diagnóstico de amenaza de parto, dependiendo de su causa.	Conducta médica	Conservador Desembarazo
Resultantes neonatales	Condición de salud del neonato al momento de nacer.	Resultantes neonatales	Ingresado Fallecido

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, con recolección prospectiva de datos, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes del Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia. Noviembre, 2022.

VII.2. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la consulta de ginecología del Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia. Ubicada en la Av. Pedro Henríquez Ureña No. 49. Gazcue, Distrito Nacional. Delimitado al norte por la Av. Pedro Henríquez Ureña, al Este, por la calle Benito Juárez, al Sur, por la Av. 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 representado por todas las pacientes que asistieron a consulta de adolescente en El Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia.

VII.4. Muestra

Incluyo un total de 58 pacientes adolescentes cuyos embarazos terminaron de manera natural o inducida antes de las 37 semanas de gestación.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

1. Pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas.
2. Edad (10-19 años).
3. Pacientes adolescentes que acudan a la consulta de ginecología y obstetricia.
4. Pacientes cuyos embarazos terminaron de manera natural o inducida antes de las 37 semanas de gestación.

VII.5.2. De exclusión

1. Pacientes que no acepten ingresar al protocolo de estudio.
2. Pacientes cuyos embarazos terminaron de manera natural o inducida después de las 37 semanas de gestación.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un formulario que consta de preguntas, de 10 las cuales tres son preguntas abiertas y siete son preguntas cerradas. (Ver anexo Instrumento de recolección de datos).

VII.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto a la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y la unidad de Enseñanza del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Una vez aprobado, las sustentantes estarán facultadas para la realización de la investigación.

El instrumento de recolección de datos realizado por las sustentantes se llenó con las pacientes en espera de la consulta de ginecología y obstetricia, a través de una entrevista realizada a la paciente. La entrevista tendrá las siguientes características, nos dirigiremos a la paciente y se le procederá a explicarle el estudio, además de leer el consentimiento informado. Si la paciente está de acuerdo y procede a firmar de este, se recolectan los datos suministrados por este.

En caso de que la paciente decida no participar se excluirá del estudio.

VII.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información serán ejecutadas a través de Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de datos.

VII.9. Análisis

El análisis de los datos fue de tipo descriptivo, se elaboraron cuadros y gráficos que permitirán la presentación y posterior descripción de los resultados.

VII.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).² El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, 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 General y Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos serán 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 contactados en las etapas subsecuentes del estudio.

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

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.⁵

VIII. RESULTADOS

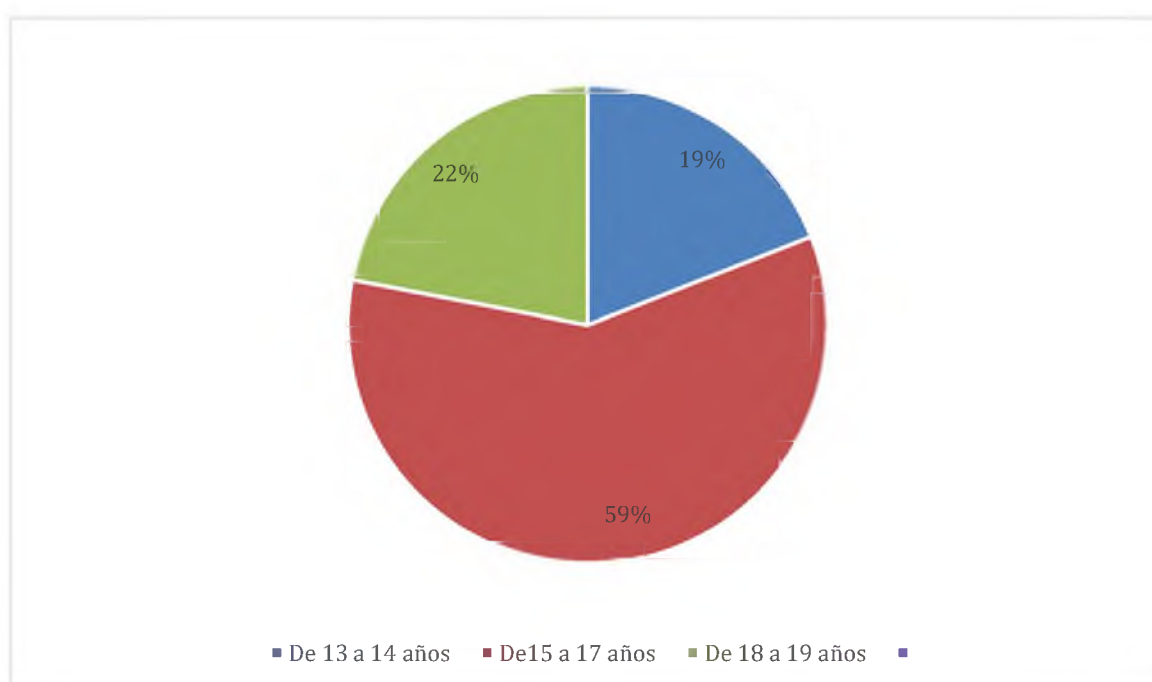
Tabla 1. Intervalo de edades de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 13 a 14 años	11	19
De 15 a 17 años	34	59
De 18 a 19 años	13	22
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Del número total de la muestra de las pacientes adolescentes con embarazo pretérmino las edades más frecuentes fueron: de 15 a 18 años que represento el 59 por ciento del total de la muestra, el rango de 13 a 14 años representa el 19 por ciento y el de 19 a 22 años el 22 por ciento.

Gráfica 1: Intervalo de edades de las pacientes adolescentes embarazada atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.1

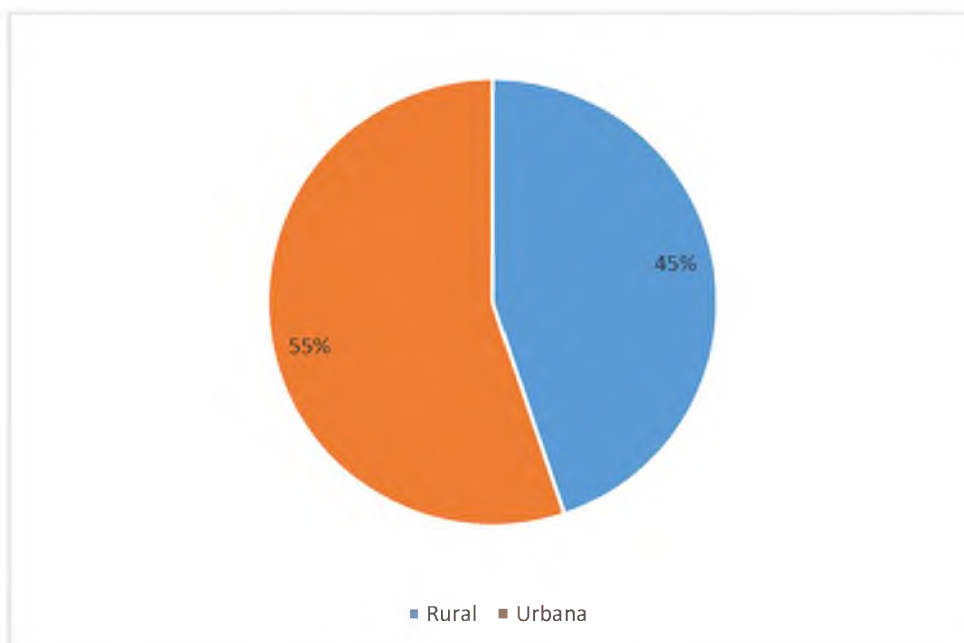
Tabla 2. Procedencia de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	26	45
Urbana		55
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Del total de las pacientes estudiadas el 55 por ciento viven en zona urbana y el 45 por ciento viven en zona rural.

Gráfico 2. Procedencia de las pacientes adolescentes con embarazada atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.2

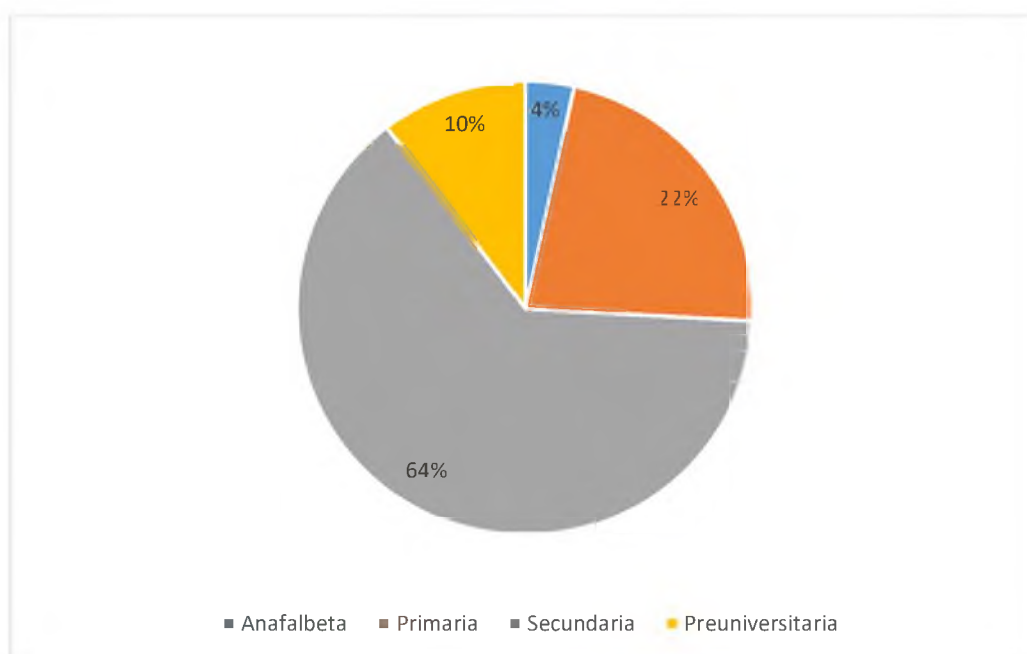
Tabla No.3: Nivel de educación de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	4
Primaria	13	22
Secundaria	37	64
Preuniversitaria	6	10
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas un 64 por ciento estaban cursando la secundaria seguida de un 22 por ciento que estaban cursando la primaria, un 10 por ciento eran preuniversitaria y por último un 4 por ciento eran analfabeta.

Gráfico No.3: Nivel de educación de las pacientes adolescentes con embarazada atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.3

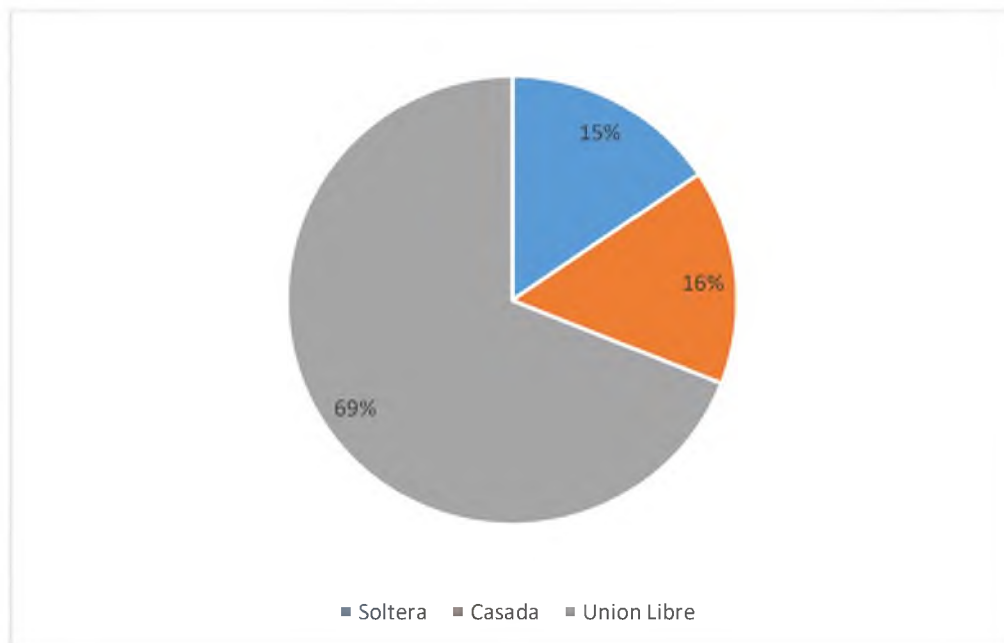
Tabla No.4: Estado civil de las pacientes las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	15
Casada	9	16
Unión Libre	40	69
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas un 69 por ciento de las adolescentes estaban en unión libre seguido por un 16 por ciento eran casadas y por último un 15 por ciento estaban solteras.

Gráfico No.4: Estado civil de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.4

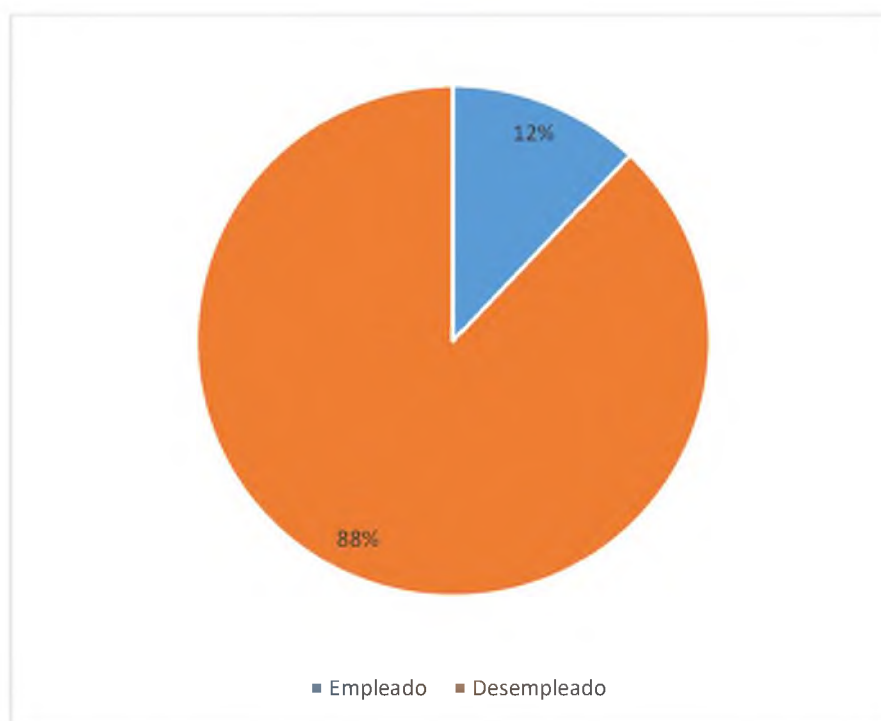
Tabla No.5: Ocupación de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	7	12
Desempleado	51	88
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes estudiadas el 88 por ciento estaban desempleada seguido de un 12 por ciento que estaba empleada.

Gráfico No.5: Ocupación de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



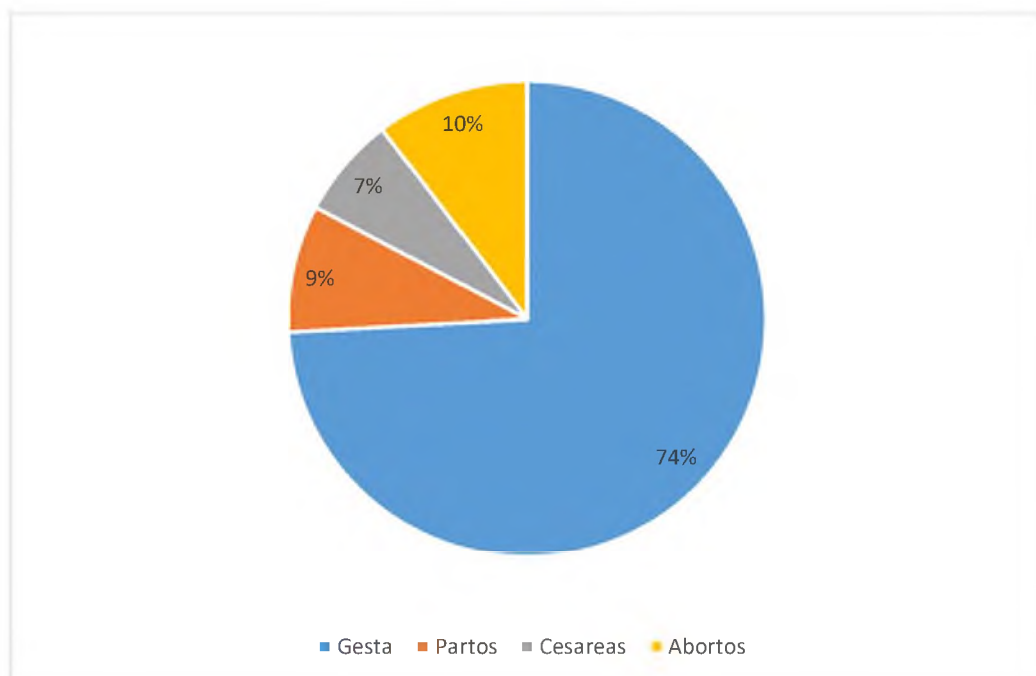
Fuente: Tabla No.5

Tabla No.6: Historia obstétrica de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Historia Obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Gesta	43	74
Partos	5	9
Cesáreas	4	7
Abortos	6	10
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No.6 Historia obstétrica de las pacientes las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.6

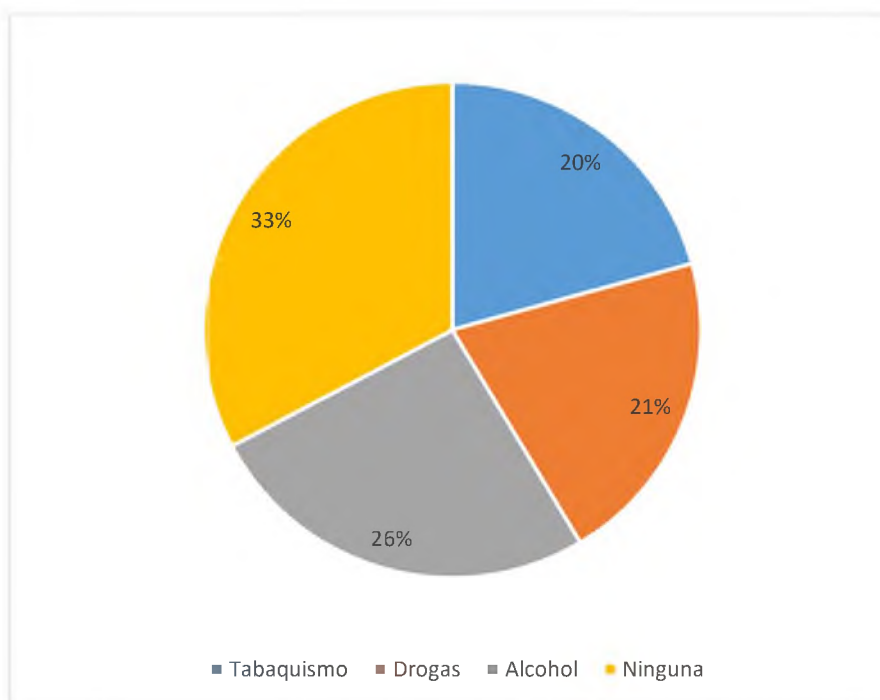
Tabla No.7 Hábitos tóxicos de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, noviembre, 2022.

Hábitos Tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Tabaquismo	12	20
Drogas	12	21
Alcohol	15	26
Ninguna	19	33
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas 33 por ciento no tuvieron ningún habito toxico, seguido de un 26 por ciento que tuvo alcohol como habito toxico, luego un 21 por ciento con drogas como habito toxico y por último un 20 por ciento con tabaquismo.

Gráfico No.7 Hábitos tóxicos de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.7

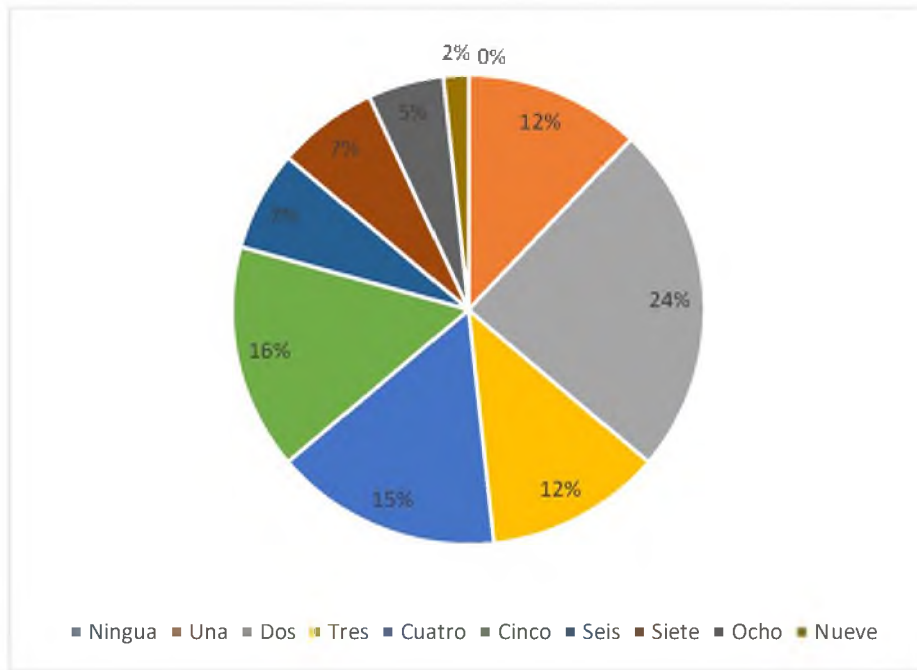
Tabla No.8 Numero de consulta prenatales de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Número de Consultas prenatales:	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	0
Una	7	12
Dos	14	24
Tres	7	12
Cuatro	9	15
Cinco	9	16
Seis	4	7
Siete	4	7
Ocho	3	5
Nueve	1	2
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas un 24 por ciento tuvo dos consultas prenatales, seguido de un 16 por ciento que tuvo cinco consultas prenatales, luego un 15 por ciento tuvo cuatro consultas prenatales, 12 por ciento de las pacientes tuvieron una y tres consultas prenatales, seguido del 7 por ciento que tuvieron seis y siete consultas prenatales, el 5 por ciento tuvo ocho consultas prenatales, el 2 por ciento tuvo nueve consultas prenatales y por último el 0 por ciento no tuvo ninguna consulta prenatal.

Gráfico No.8 Número de consultas prenatales de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.8

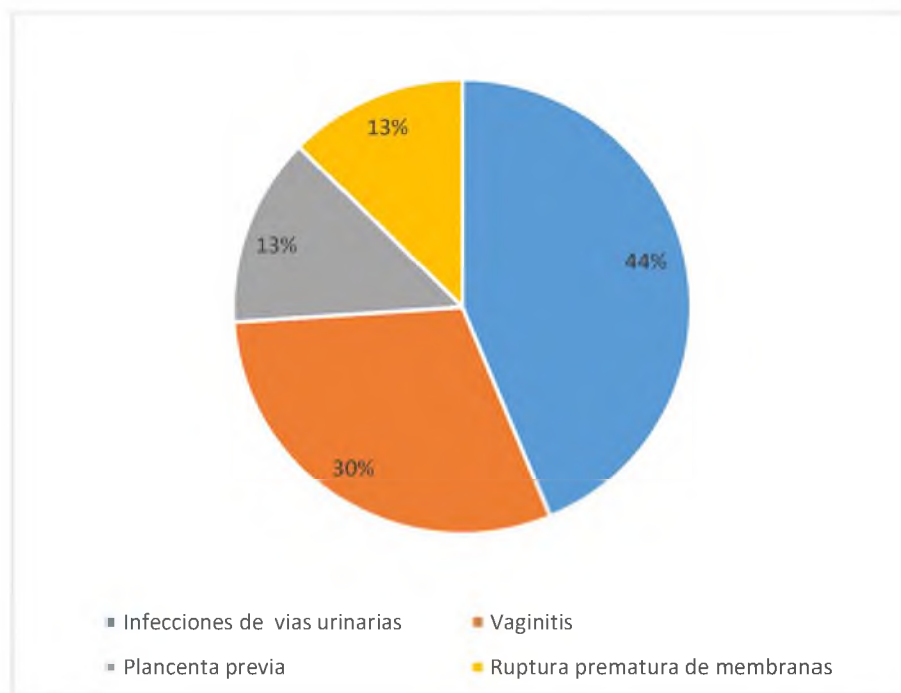
Tabla No.9 Antecedentes patológicos de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Antecedentes Patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones de vías urinarias	52	44
Vaginitis	36	30
Placentera previa	16	13
Ruptura prematura de membranas	15	13

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas el 44 por ciento presento infección de vías urinarias, seguido del 30 por ciento que presento vaginitis y por ultimo el 13 por ciento que tuvo placenta previa.

Gráfico No.9 Antecedentes patológicos de las pacientes las pacientes adolescentes con embarazada atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.9

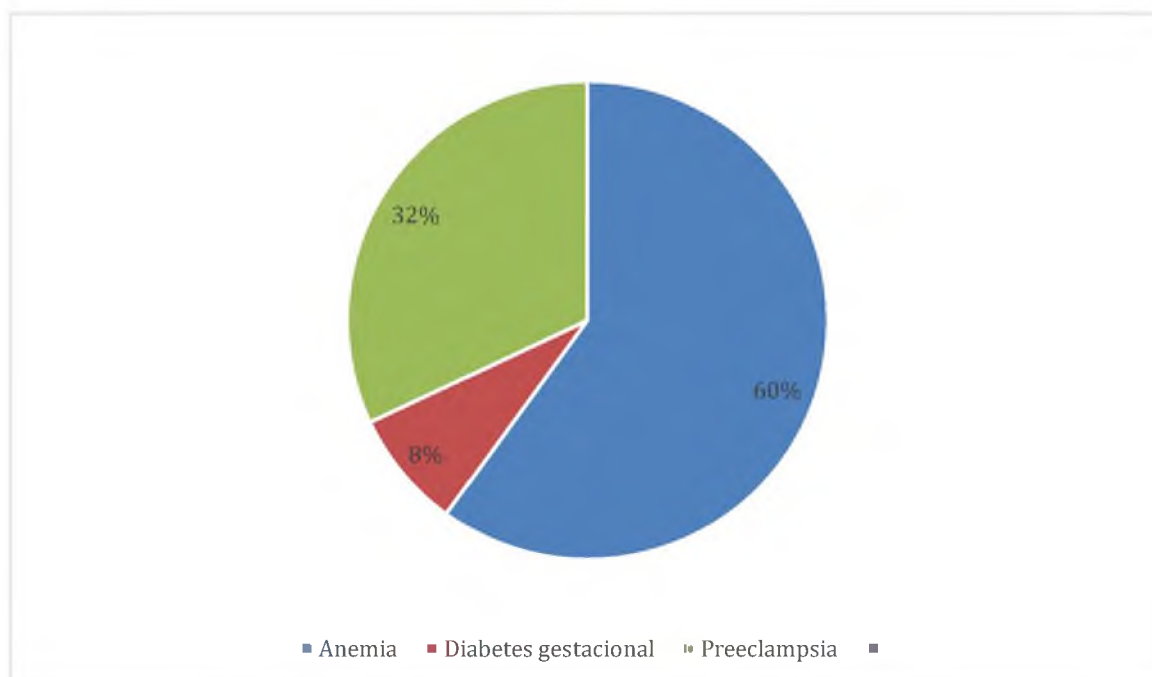
Tabla No.10 Enfermedades sistémicas asociadas de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Enfermedades sistémicas asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia	19	32
Diabetes gestacional	4	8
Anemia	35	60
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas el 60 por ciento presento anemia, seguido del 32 por ciento que presento preeclampsia y por último el 8 por ciento presento diabetes gestacional.

Gráfico No.10: Enfermedades sistémicas de las pacientes las pacientes adolescentes con embarazada atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.10

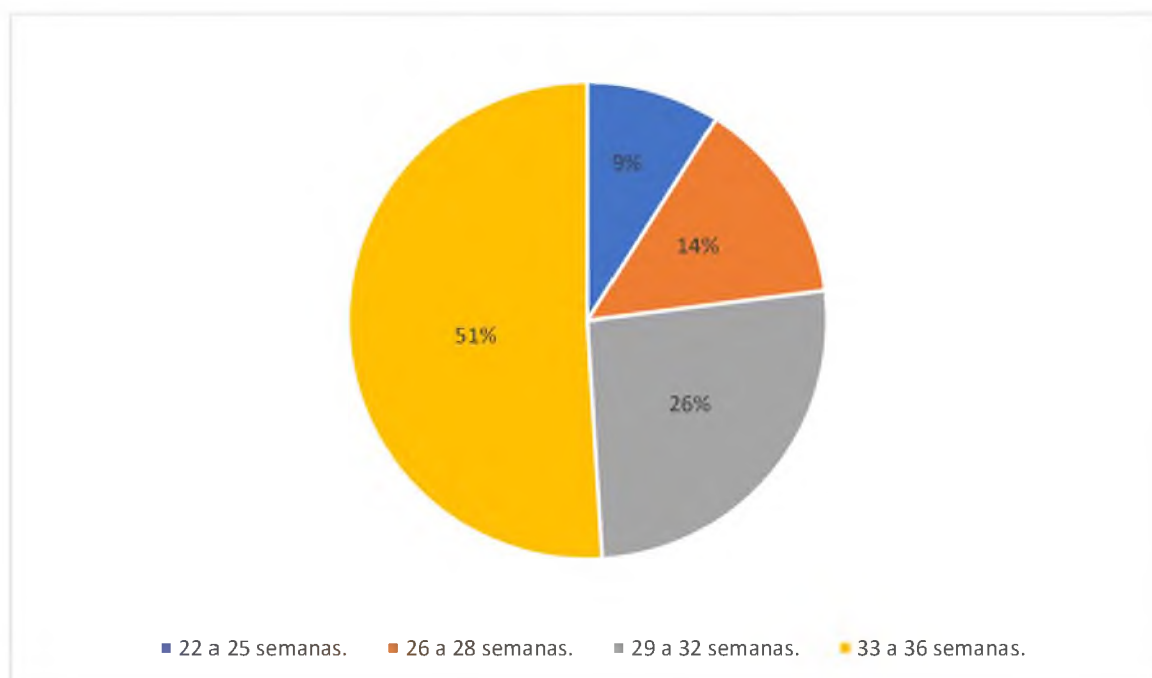
Tabla No. 11: Edad gestacional de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
22 a 25 semanas	5	9
26 a 28 semanas	8	14
29 a 32 semanas	15	26
33 a 36 semanas	30	51
Total	58	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas el 51 por ciento tuvo de 33 a 36 semanas, el 26 por ciento de 29 a 32 semanas, el 14 por ciento de 26 a 28 semanas y por último el 9 por ciento tuvo de 22 a 25 semanas.

Grafico No. 11: Edad gestacional de las pacientes adolescentes embarazadas atendida en consulta en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, noviembre, 2022.



Fuente: Tabla No.11

IX. DISCUSION

La presente investigación ha permitido determinar los factores de riesgo que se asocian a parto pretérmino en adolescentes atendidas en consulta del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia por medio de información obtenida de entrevistas hechas a las pacientes, comprendida en el mes de noviembre del año 2022. Se entrevistaron un total de 58 pacientes adolescentes que tuvieron parto pretérmino y que cumplieron con los criterios de inclusión, cifra que correspondió a nuestra muestra de estudio.

La anemia fue el factor de riesgo mas frecuente, representando un 60 por ciento de todos los casos. En nuestro estudio demostró ser un factor de riesgo estadísticamente significativo para el parto prematuro.

La anemia durante la gestación es favorecida por los cambios fisiológicos que generan hemodilución por un mayor aumento del volumen plasmático que el aumento de las células sanguíneas, siendo así una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, aún más en los países subdesarrollados como el nuestro, siendo la causa más frecuente, la deficiencia de hierro.

A esta alteración hematológica se le ha vinculado con diversas complicaciones maternas y perinatales como la rotura prematura de membranas, aborto, parto prematuro, bajo peso al nacer y oligohidramnios, por ello se considera importante una adecuada nutrición y uso de suplementos de hierro durante la gestación.³⁸

En cuanto a la ruptura prematura de membrana, no se encontró asociación estadísticamente significativa. Sin embargo en los estudios publicados por Alarcón Tarrillo, se encontró ser factor de riesgo estadísticamente significativo para parto prematuro con un OR de 2.877 significativamente estadístico, en el cual utilizó una muestra de 313 gestantes adolescentes.³⁹

Si bien es cierto que en la literatura se ha descrito como uno de los principales factores de riesgo de parto prematuro a la ruptura prematura de membranas, se ha visto que en el 94% de las veces la ruptura de membranas antes del trabajo de parto se produce en gestaciones a término ya que los cambios fisiológicos propios de una gestación a término como la dilatación cervical, cambios a nivel bioquímico y

celular en respuesta a algún estímulo patológico o fisiológico predisponen a la ruptura por un debilitamiento de las membranas⁴⁰

En nuestro estudio la infección vaginal represento un 30 por ciento de las pacientes entrevistadas, siendo así el cuarto factor de riesgo más frecuente para parto pretérmino en adolescentes, estos resultados armonizan con el estudio de Alarcón C, en el cual se encontró asociación significativa entre la infección vaginal y el parto prematuro con un OR de 2.41, con una muestra de 108 gestantes adolescentes.⁴¹

En este estudio se encontró que la infección del tracto urinario es un factor de riesgo para parto pretérmino representando un 44 por ciento de las pacientes entrevistadas, lo que coincide con los estudios publicados por Mosquera V. y col⁴² que encontró un OR de 2.32 significativamente estadístico como factor de riesgo para parto pretérmino y el estudio de Martínez Manco, que encontró que la mayoría de gestantes adolescentes que tuvieron parto prematuro presentaron infección del tracto urinario durante el segundo y el tercer trimestre de gestación.⁴³

El presente estudio mostro la preeclampsia como factor de riesgo para parto pretérmino en adolescentes, representando un 32 por ciento de las pacientes entrevistadas, lo cual va en relación a anteriores investigaciones, como el estudio de Mendoza T. y col ⁴⁴, que encontró como determinantes asociados a prematuridad a la preeclampsia y el estudio de Barrera S. y col, que encontró asociación entre preeclampsia y parto prematuro. ⁴⁵

X.CONCLUSION

1. De un total de 58 pacientes, el mayor porcentaje estuvo representado por las pacientes de 15 a 17 años.
2. El grado de escolaridad de mayor frecuencia reportado en nuestro estudio fue la secundaria, representado por un 64 por ciento, quedando en segundo lugar el nivel primario.
3. En cuanto a la ocupación, se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje estaba representado por las jóvenes que se encontraban desempleadas.
4. En base a los resultados de la edad de las pacientes, cuya edad más frecuente fue de 15 a 17 años, el grado de escolaridad, siendo la secundaria el más frecuente, la ocupación, que la mayor frecuencia era para las desempleadas, 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.
5. La edad gestacional que con mayor frecuencia se presentó fue de 33 a 36 semanas, representando un 51 por ciento.
6. En cuanto a los controles prenatales, se observó que la mayoría de las pacientes presentaron entre 2 a 5 chequeos.
7. La mayor proporción de las pacientes de nuestro estudio constan de un estado civil de unión libre.
8. El 55 por ciento de las pacientes entrevistadas fue de procedencia urbana
9. Se evidenció que la mayoría de las pacientes no tenía ningún hábito tóxico con un 33 por ciento.
10. El 44 por ciento de las pacientes reportaron infecciones de vías urinarias y el 36 por ciento vaginitis.
11. Se demostró que el 60 por ciento de las pacientes entrevistadas padecen de anemia y un 32 por ciento de preeclampsia.
12. En general las comorbilidades más frecuentes fueron anemia, siendo esta la más predominante, seguido de infección de vías urinarias, infección vaginal y preeclampsia.

XI. RECOMENDACIONES

1. Promover talleres y programas dirigidos a los adolescentes, con el propósito de mejorar la educación sexual en jóvenes y disminuir las tasas de embarazos en adolescentes., logrando así una buena cultura en la salud sexual y reproductiva.
2. Aplicar consejería nutricional y el consumo de sulfato ferroso a través de sesiones educativas y demostrativas para disminuir las tasas de anemia en gestantes.
3. Recomendar a los profesionales de obstetricia y miembros del equipo básico de salud, elaborar estrategias preventivas promocionales de la salud materna para reducir las tasas de control prenatal inadecuado, además la identificación y tratamiento de las principales complicaciones obstétricas asociados al parto pretérmino.

XII. REFERENCIAS

1. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
2. 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, 2017 .
3. 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. Disponible en: Repositorio.vg-edu.ec/bitstream/redug/3228111.pdf
4. 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. 41(1): 50- 58. Disponible en: scielo.sld.cu/pdf/gin/vain/gin06115.
5. Organización mundial de la salud 2018. (OMS.INT (Internet). El embarazo en la adolescencia. 23 febrero 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescentpregnancy>
6. Redalyc.org. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>
7. Morla E. Editorial. *Cienc Salud* [Internet]. 2018 [citado el 1 de noviembre de 2022];2(2):7. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/>
8. Sld.cu. [citado el 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n4/1727-897X-ms-17-04-505.pdf>
9. FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA [Internet]. Edu.pe. [citado el 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6089/Rodriguez_CY.pdf?sequence=1&jsAllowed=y
10. Murguía-Ricalde FN, Indacochea-Cacéda S, Roque Quezada JCE, De La Cruz-Vargas JA. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año

- 2018 al 2019, Lima - Perú. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2021;10(2):35–41. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/226/277/831>
11. 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. vol. 81 no.4. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012
 12. 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. Disponible en: https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_content&view=article&id=2600:instituciones-conmemoran-dia-mundial-del-prematuro-con-jornadanacional-a-favor-del-recien-nacido&Itemid=362
 13. 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; 42(3): 262-273. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300002
 14. 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]. Disponible en: Ncbi.nlm.nih.gov.
 15. Lateralra, C., Andina E, Di marco I. Amenaza Parto Prematuro. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. [Internet]. 2013. 22(1). Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa
 16. 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]. Disponible en: Ncbi.nlm.nih.gov.
 17. Malaver Ponce, BF. Desarrollo normal del adolescente. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962>.

18. 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. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2990/3/ateran.pdf>
19. Ahued J, Lira P, Simóns L. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. [Internet]. México: 2001. Disponible en: http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0009-74112001000600007&ing=es&nrm=iso. issn0009-7411 (embarazo en adol)
20. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Rev. de postgrado de la VIa 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.
21. Faneiti, Pedro, Gomez, Ramón, Marisela, Guninad et al. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Revista Obstétrica Ginecológica Venezuela. [Revista de Internet]. 2016. vol.66, no.1, p.1-6.
22. Camay Astorga, J.M. [Internet]. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Primera Edición. Guatemala Departamento Quetzaltenango; 2012.
23. Quirós González, G; Alfaro Piedra R. et al. Amenaza de Parto Pretérmino, Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD [Internet]. Año 2016. Vol. 1 No I. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061>
24. Voto L; Valentí E; Asprea I. et al. Parto Pretérmino. FAGO [Internet]. 2014;13 (1): 5- 10 14. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part_Pretermino.pdf
25. Puerta N. Guía de Práctica Clínica de Amenaza de Parto Pretérmino. Clínica de la Mujer [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.clinicadelamujer.com.co/files/parto_pretermino.pdf
26. Ortiz Romero, C; Chávez Merlos A. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto prematuro. RevFacMed UNAM. [Internet]. 2014. Vol.44 No.5. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no44-5/RFM44503>
27. 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. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4412/1/T-UCE-0006-87-173.pdf>
28. Hasbun, J. Infección de parto prematuro, enlace Epidemiológico y bioquímico. Rev Chil Infect [Internet]. 7ma.ed., v.17 n.1 pp. 355-370.
29. Ahumada-Barrios, M.E; Alvarado, G.F. Factores de Riesgo de parto Pretérmino en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf
30. 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. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2964/1/Mondra>
31. 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. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-quiaparto-pretermino.pdf>
32. 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. 25 (6): 953-957 16
33. Osorio A; García J. Guía Farmacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino. Rev Colomb Enferm. [Internet]. 2015. 10 (10): 78-89 13.
34. Oficina Nacional de Estadística (ONE). Tres de cada cuatro embarazos en adolescentes en RD son no intencionales - Oficina Nacional de Estadística (ONE) [Internet]. Oficina Nacional de Estadística (ONE). [citado el 2 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.one.gob.do/noticias/2020/tres-de-cada-cuatro-embarazos-en-adolescentes-en-rd-son-no-intencionales/>

35. Montero B, García MJ, Gómez RD, Gómez GA, Gómez MMA, Orobón Martínez ME, et al. Laalamedilla.org. [citado el 2 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/guias/embarazo.pdf>
36. Muñoz-Martínez C, Parra-Pineda MO. Sulfato de magnesio para neuroprotección fetal: revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2014;65(3):215. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.49>
37. Presentan mapa sobre situación embarazo en adolescentes [Internet]. UNFPA Dominican Republic. 2017 [citado el 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/news/presentan-mapa-sobre-situaci%C3%B3n-embarazo-en-adolescentes>
38. Argeo Romero-Vázquez GAM-C. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud en Ta-basco.2017. 23:13-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003>. Rev Peru Investig Matern Perinat 2021;10(2): 35-41 Murguía Ricalde FN.
39. Piña DLG, Núñez JLE, Fernández LP. Infección vaginal en gestantes y su influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. MULTIMED. 2017; 21(2):52-65. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/490/791>.
40. Mariana Torre Glosa TIF. Factores de riesgo relacionados con el trabajo de parto prematuro en adolescentes embarazado: revisión integradora de la literatura. 2016;(44):416-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=s-ci_arttext&pid=S1695-61412016000400017
41. Moreno MAO, Jaime GEF, Jordán G del RA, Llor BGZ. Incidencia de parto pretérmino en adolescentes de 12 a 17 años en el hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo mayo 2017 hasta enero 2018. RECIAMUC. 2018;2(2):332-45. doi: 10.26820/reciamuc/2.2.2018.332-345.
42. Mosquera C, Guicela I. Factores asociados a preeclampsia en adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa de un centro de salud en la ciudad de Guayaquil. 31 de agosto de Disponible en: <http://repositorio.ucsq.edu.ec/handle/3317/11178>

43. Martinez manco Erika Allakelly. Anemia en gestantes y ries-gos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete de Enero - Diciembre del 2016. [Cañete]: Universidad Privada Sergio Bernaldes; 2018. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/122>
44. Mendoza Tascón LA, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB, Mendoza Tascón LI, Manzano Penagos S, Varela Bahena AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología. agosto de 2015;80(4):306-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-752620150004000054>
45. Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2016; 0(48):215-227-227.

IX. ANEXOS

IX.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2022-2023	
Selección del tema	2022	Julio
Búsqueda de referencias		Agosto
Elaboración del anteproyecto		Septiembre
Sometimiento y aprobación	2023	Octubre
Elaboración de encuestas		Noviembre
Tabulación y análisis de la información		Diciembre
Redacción del informe		Enero
Revisión del informe		Enero
Encuadernación		Enero
Presentación		Febrero

IX.1.1. Consentimiento informado.

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

Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes atendidas en consulta 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 aceptó 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:

Liz Balboa

Leonela Núñez

IX.1.2. Instrumento de recolección de datos

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CONSULTA EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
NOVIEMBRE 2022

1. Edad: ____
2. Edad gestacional: ____
3. Procedencia:
Rural Urbana
4. Escolaridad:
Analfabeta Primaria Secundario Preuniversitario
5. Estado civil:
Soltera Casada Unión libre
6. Ocupación:
Empleado Desempleado
7. Historia obstétrica:
Gesta ____ Partos ____ Cesáreas ____ Abortos ____
8. Hábitos tóxicos:
Tabaquismo Drogas Alcohol
9. Número de consultas prenatales:
Ninguna No. ____
10. Antecedentes patológicos:
 - Infecciones de vías urinarias
 - Anemia
 - Preeclamsia
 - Diabetes gestacional
 - Vaginitis
 - Placenta previa
 - Ruptura prematura de membranas

IX.1.3. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos

- 1 sustentante
- 2 asesores (metodológico y clínico)
- Personal médico calificado en número de cuatro
- Personas que participaron en el estudio

XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	370.00	370.00
	1 resmas	250.00 25.00	250.00
Papel Mistique	2 unidades	20.00	50.00
Lápices	2 unidades	30.00	40.00
Borras	2 unidades	25.00	180.00
Bolígrafos	2 unidades		50.00
Sacapuntas	2 unidades		1,200.00

Computador
Hardware:
Pentium III 700
MHz; 128 MB
RAM.
20 GB H.D.; CD-
ROM 52x
Impresora HP 932c
Scanner: Microteck
3700
Software:
Microsoft Windows
XP
Microsoft Office XP
MSN internet
service
Omnipage Pro 10
Dragon Naturally
Speaking
Easy CD Creator
2.0

Presentación:
Sony SVGA VPL-
SC2 Digital data
projector
Cartuchos HP 45 A
y 78 D

XII.4.3. Información
Adquisición de libros
Revistas

Otros documentos
Referencias bibliográficas
(ver listado de referencias)

XII.4.4. Económicos*

Papelería (copias)	1200 copias	1.00	1,200.00
Encuadernación	12 informes	250.00	3,000.00
Alimentación			2,500.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción de anteproyecto			13,500.00
Inscripción de la tesis			30,000.00
Subtotal			58,050.00
Imprevistos 10%			5,805.00
Total			\$63,855.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

X. Evaluación

Sustentantes:

Liz C. Balboa

Liz Balboa Montilla

Leonela Núñez Cáceres

Leonela Núñez Cáceres

Asesores:

Dra. Gladys A. Cerda

Dra. Gladys A. Cerda

Dra. Sabrina Marte

Dra. Sabrina Marte

Jurado:

Dr. Jaime Manzur

Dr. Jaime Manzur

Dra. Rosanda Sánchez

Dra. Rosanda Sánchez

Dra. Claridania Rodríguez

Dra. Claridania Rodríguez

Autoridades:

Dra. Claudia María Scharf

Dra. Claudia María Scharf
UNPHU
MEDICINA
Directora Escuela de Medicina

Dr. William Duke

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 01/02/2023

Calificación: 100 - A