



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ**

TEMA

**LA EDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE DE AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO EN ADOLESCENTE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO
SAGRADO CORAZON DE JESUS QUEVEDO DE ENERO – JUNIO 2019**

AUTOR

**GIRALDO ESPAÑA YOMIRA YAMILETH
GOMEZ JIMENEZ JULY ROCIO**

TUTOR

OBSTETRIZ LILIAN MUÑOZ

BABAHYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2019

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	V
A Dios:	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
TEMA DE INVESTIGACION.....	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCION	XI
CAPITULO I.....	11
1 PROBLEMA	11
1.1 MARCO CONTEXTUAL	11
1.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL.....	12
1.1.2 CONTEXTO NACIONAL.....	12
1.1.3 CONTEXTO REGIONAL.....	13
1.1.4 CONTEXTO LOCAL O INSTITUCIONAL.....	14
1.2 SITUACION PROBLEMÁTICA	15
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3.1 PROBLEMA GENERAL	16
1.3.2 PROBLEMA DERIVADOS.....	16
1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.5 JUSTIFICACIÓN	18
1.6 OBJETIVOS	19
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	19

CAPITULO.....	19
2 MARCO TEORICO.....	20
2.1 MARCO TEORICO	20
2.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	49
2.2 HIPÓTESIS.....	51
2.2.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	51
2.2.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS	52
2.3 VARIABLES	52
2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	52
2.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	52
2.3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	53
CAPITULO III.....	55
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	55
3.1 METODO DE INVESTIGACION	55
3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN	55
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	56
3.4.1 TÉCNICAS	56
3.4.2 INSTRUMENTO	56
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	56
3.5.1 POBLACION.....	56
3.5.2 MUESTRA.....	56
3.6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO.....	58
3.7 RECURSOS.....	60
3.7.1 RECURSOS HUMANOS.....	60
3.7.2 3.7.2 RECURSOS ECONÓMICOS	60

3.8	PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.....	61
3.8.1	Base de datos	61
	CAPITULO IV	62
4.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	62
4.1	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION Y ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.....	62
4.2	CONCLUSION.....	69
4.3	RECOMENDACIONES.....	70
	CAPITULO V	71
5.	PROPUESTA TEORIA DE APLICACIÓN.....	71
5.1	Título de la Propuesta de Aplicación	71
5.2	Antecedentes	71
5.3	Justificación.....	72
5.4	Objetivos.....	72
5.4.1	Objetivo general	72
5.4.2	Objetivos Específicos	73
5.5	Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación.....	73
5.5.1	Estructura general de la propuesta	73
5.5.2	Componentes	74
5.6	Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación.....	75
5.6.1	Alcance de la alternativa.....	75
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
6.	Bibliografía.....	76

DEDICATORIA

A Dios:

Por brindarme la dicha de la vida, sabiduría,
Amor, fortaleza y sobre todo salud.

A mi ángel:

Sra. Floria Preciado, que desde el cielo
Me alienta cada día a superarme.

A mis amores eterno

Sra. Jessica España y
Sra. Gioconda España
Por darme la dicha de ser su hija, y brindarme todo su esfuerzo,
Por su amor, cariño, perseverancia, sus consejos y valores
Porque a pesar de las dificultades, han sido mi apoyo
Y hemos logrado uno de nuestros sueños,
Ya que sin ustedes nada sería posible.
Gracias mamas

A mi familia:

Que sin importar nuestras diferentes
opiniones, siempre han estado
a mi lado; tíos, primos.

A mi compañero de aventuras:

Sr. Víctor Vera
Por su apoyo incondicional.

A mi amiga y compañera:

Srta. July Gómez
Por su soporte durante todo este proceso.

“Recuerda que tu nivel de esfuerzo, determinara tu éxito”

Yomira Giraldo España

DEDICATORIA

A Dios:

Al forjador de mi camino, por su infinita bondad,
El que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo.

A mis padres:

José Gómez y Priscila Jiménez por demostrarme
Que en la vida el que persevera alcanza,
Por su apoyo esfuerzo y dedicación,
Por enseñarme el significado de la familia
He inculcarme el amor por los estudios,
Por ser mi luz en momentos de oscuridad.

A mis hermanos y sobrino

Por lo que representan para mí
Y por ser parte de nuestra familia,
Por estar a mi lado, y ser el complemento de vida.

A mi gran amiga:

Yomira Giraldo por haber logrado
Nuestro objetivo juntas con mucha perseverancia y esfuerzo.

July Gómez Jiménez

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre:

Por ser la guía y
Luz de nuestro camino

A Nuestros Padres:

Por creer en nosotros y darnos su confianza
¡Dios todo Poderoso los bendiga
Hoy y siempre!

A la Universidad Técnica de Babahoyo:

Por los maestros asignados
Que nos han servido para nuestra formación

A la Facultad Ciencias de la Salud:

Por los conocimientos brindados
¡Gracias maestros por sus enseñanzas!

A nuestra tutora:

Obstetriz. Lilian Muñoz
Por brindarnos su apoyo y consejos
Durante todo este proceso
Gracias Maestra

TEMA DE INVESTIGACION

**LA EDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE DE AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO EN ADOLESCENTE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BÁSICO
SAGRADO CORAZON JESUS QUEVEDO DE ENERO – JUNIO 2019**

RESUMEN

La amenaza de parto pretermino en adolescentes se a convertido en un problema de salud pública debido a su alta tasa de morbimortalidad materna y neonatal que existe, el presente trabajo de investigación, tiene como objetivo, Determinar la edad de la adolescencia que influye como factor predisponente en amenaza de parto pre término en adolescente atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019, se realizó un estudio de modalidad cuantitativa, el instrumento de estudio fue una base de datos con las variables de estudio, la muestra consistió en 94 pacientes adolescentes con amenaza de parto pretermino atendidas en el hospital antes mencionado, que se obtuvieron mediante la aplicación del criterio de inclusión y exclusión, los resultados se obtuvieron mediante la tabulación de la base de datos en la cual se reflejó que el 59 % de amenaza de parto pretermino se producen en la adolescencia media, el 61 % proviene de la zona rural, el 69 % se da entre las 32 – 36 semanas de gestación, el 59 % tiene controles insuficientes, el 85 % son primigestas, el 89 % no trabaja y el 67 % tiene estudios secundarios. Se llegó a la conclusión que la inmadurez tanto psicológica como social del adolescente, el nivel de escolaridad, la procedencia, el número de controles y la paridad, son factores predisponentes para desarrollar una amenaza de parto pretermino. En esta investigación se comprueba que la etapa en la que más embarazos en la adolescencia se presentaron con amenaza de parto pretermino fue en la adolescencia media.

Palabras claves: amenaza de parto pretermino, etapas de la adolescencia, embarazo en adolescentes.

ABSTRACT

The threat of preterm birth in adolescents has become a public health problem due to its high rate of maternal and neonatal morbidity and mortality, this research work aims to determine the age of adolescence that influences as a predisposing factor under threat of preterm delivery in adolescents treated at the Sacred Heart basic hospital of Jesús Quevedo January - June 2019, a quantitative modality study was conducted, the study instrument was a database with the study variables, the sample consisted of 94 adolescent patients with a threat of preterm delivery attended to in the aforementioned hospital, which were obtained by applying the inclusion and exclusion criteria, the results were obtained by tabulating the database in which it was reflected that 59% of Preterm birth threat occurs in middle adolescence, 61% comes from rural areas, 69 % occurs between 32 - 36 weeks of gestation, 59% have insufficient controls, 85% are primitive, 89% do not work and 67% have secondary education. It was concluded that the psychological and social immaturity of the adolescent, the level of schooling, the origin, the number of controls and parity, are predisposing factors to develop a threat of preterm birth. This research shows that the stage in which more pregnancies in adolescence presented with threat of preterm birth was in middle adolescence.

Keywords: threat of preterm birth, stages of adolescence, pregnancy in adolescents.

INTRODUCCION

El Ecuador es el tercer país con la tasa más alta de embarazos en la adolescencia, según datos del MSP se registraron 413.318 nacidos vivos de madres adolescentes hasta el 2016, cifras que han aumentado considerablemente en relación con la última década, así como también en el 2019 se dieron un total de 1.099 muertes neonatales por diferentes complicaciones, debido a la prematuridad.

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo humano lo que incluye cambios fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales, siendo el embarazo una condición de posibles complicaciones desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente mayor va a ser el riesgo de presentar una amenaza de parto pretermino que se da desde las semanas 22 hasta las 36.6 semanas de gestación debido a que su desarrollo psicológico, físico, económico y social aún no son óptimos.

.Analizándolo desde este punto de vista nos damos cuenta que cada vez aumentan más los embarazos en la adolescencia y la amenaza de partos pretermino en dichas gestantes, convirtiéndolo en un desafío para la salud pública debido a la gran tasa de morbilidad materno-neonatal que existe.

Una embarazada adolescente con amenaza de parto pre-termino, constituye un problema tanto social, como emocional; además de los gastos económicos que implica el cuidado de un recién nacido prematuro, para la familia; como para el estado.

CAPITULO I

1 PROBLEMA

1.1 MARCO CONTEXTUAL

La amenaza de parto pretermino en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, el cual ha aumentado considerablemente en la última década, debido a que es una problemática social siendo responsable de la morbi – mortalidad materna y neonatal en países en desarrollo.

Los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM) incorporan la sexualidad y la salud sexual y reproductiva (SSR), reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como factor determinante para el bienestar y desarrollo de las personas, parejas, familias, comunidades y naciones, incluyendo la salud materna. La adolescencia es una etapa compleja, donde las decisiones y conductas que tomen los y las adolescentes, dependerán de las oportunidades económicas, laborales, educativas, oferta de anticoncepción, situación socioeconómica, características personales, normas sociales e influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.

Las repercusiones que tiene el inicio temprano de la actividad sexual, ha generado gran interés por parte de varias disciplinas, centrándose en identificar los diferentes factores asociados a este fenómeno. Por otro lado, el embarazo adolescente se ha convertido en una importante problemática. Ya que los adolescentes tienen menos probabilidades de obtener un permiso legal y seguro para abortar en países donde el aborto está autorizado legalmente, con riesgo de obtener atención prenatal, parto y postnatal no calificada y problemas sociales, cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo y su familia. (Mendoza Tascón L. A., 2016)

1.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. (OMS, 2018)

1.1.2 CONTEXTO NACIONAL

Basados en datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), el documento muestra que, en el 2014, 49,3 de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de madres adolescentes, de hasta 19 años. Si se toma en cuenta los rangos de edad, las progenitoras menores de 15 años, representan el 3%. Las madres entre 15 y 17 años conforman el 23%. Mientras que las mamás de entre 18 y 19 años ocuparon el 23.3%.

Según el informe, en total, 12 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años son madres. La investigación también trae un dato que preocupa a las autoridades de Salud. En los últimos 10 años, el incremento de partos de adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Ese mismo indicador, en adolescentes de entre 15 y 19 años se ubicó en el 11%. Las cifras también revelan que 49 de cada 100 mujeres que son madres en el país tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años. Según

datos del Ministerio de Salud Pública, en Ecuador se registraron 413 318 nacidos vivos de niñas y adolescentes, de 10 a 19 años. Las cifras son desde el 2010 hasta el 2016. Además, según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, Ecuador es el tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos, entre esos rangos de edad. Se ubica detrás de Nicaragua y República Dominicana (EL COMERCIO, 2018)

1.1.3 CONTEXTO REGIONAL

El cantón Quevedo forma parte de la Zona 5 junto con la Provincia del Guayas, los Ríos, Galápagos, Bolívar y Santa Elena, incluye 48 cantones y 72 parroquias. Tiene 2.633.715. El sector de salud Zona 5 cuenta con 25 distritos y 20 hospitales básicos de los cuales 5 pertenecen a la provincia de Los Ríos y 5 hospitales generales

Ecuador es el tercer país con la tasa más alta de embarazos adolescentes de la región. En los últimos 10 años, el incremento de partos en adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas son las provincias que concentran el mayor número de embarazos adolescentes en el país. Hasta 2016 de los más 80 000 niños y niñas que nacieron de madres menores a 19 años, 20 548 nacieron en Guayas, 9 544 en Pichincha, 6 807 en Manabí, 5 744 en Los Ríos y 4 393 en Esmeraldas.

El embarazo en la adolescencia representa un riesgo a la salud de la madre y el recién nacido porque el cuerpo de la mujer no está preparado biológica ni emocionalmente hasta los 25 años de edad, por lo que puede presentar amenaza de parto prematuro diabetes gestacional preclamsia etc. En el caso del bebé, puede nacer de forma prematura y con una malformación congénita. La mortalidad materna es una de las principales causas de decesos en jóvenes de 15 a 24 años de edad en la región. En 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, en países de ingreso bajo y mediano, el riesgo de muerte materna se duplica en jóvenes de 15 años. (PUBLICA FM, 2018)

1.1.4 CONTEXTO LOCAL O INSTITUCIONAL

Cantón Quevedo

Quevedo es un cantón de la provincia de los ríos ubicado en el centro de la región litoral del Ecuador, es el cantón más grande y más poblado que tiene la provincia de los ríos, este consta con una llanura extensa atravesada por el río Quevedo, su altitud es de 74 msnm con una temperatura de 28°C promedio.

El cantón Quevedo forma parte de la Zona 5, cuenta con un hospital básico y 7 centros de salud.

Este cantón fue nombrado así por el agrimensor Timoteo Quevedo que fue quien midió las tierras por pedido de su propietaria Catalina Estupiñán y surgió el nombre de Quevedo.

En el 2010 el INEC (Instituto Nacional de ESTADÍSTICAS Y Censos) reportó que el cantón Quevedo tiene un número de habitantes de 150.827 habitantes por lo cual se convierte en el décimo segundo cantón más poblado del país, el cantón Quevedo está formado por parroquias urbanas y rurales.

Las actividades principales que se realizan en dicho cantón son la agricultura, la ganadería y el comercio que son la principal fuente de ingreso para las familias quevedeños.

Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo

Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo, su política es el mejoramiento de la atención integral de los usuarios, es su compromiso con la sociedad y sus pacientes. A pesar de los avances que ha tenido durante los últimos cuatro años, en cuanto al incremento de presupuesto para poder invertir en recursos humanos, persisten problemas en la organización, gestión y financiamiento del sector que impide garantizar un acceso equitativo a servicios de salud.

Quevedo con sus cantones cuenta con una población de 355072 habitantes, siendo un hospital de referencia de las 25 unidades operativas de primer nivel

pertenecientes al distrito 12D03, DISTRITO 12D06, esta Institución presta sus servicios los 7 días de la semana atendiendo cada una de las referencias de las distintas unidades del primer nivel, con una cobertura diaria de población de 1500 personas al día de provincias vecinas con: Cotopaxi, Pichincha, Manabí, Guayas y Santo Domingo de los Tsachilas.

El servicio de Ginecología y Obstetricia de esta casa de salud cuenta con un servicio de emergencia Gineco-obstetricia, servicios de consulta externa, sala de hospitalización con un total de 25 camas, centro obstétrico con 9 camas, dicha Institución cuenta con 11 médicos especialistas en ginecología y obstetricia

En el periodo de enero a junio del 2019 en el Hospital Básico Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo se presentaron 94 casos de adolescentes embarazadas con amenaza de parto pretermino en el área de Gineco – Obstetricia las cuales presentaron sintomatología de dolor a nivel de hipogastrio con irradiación lumbosacra acompañada de perdida vaginal.

1.2 SITUACION PROBLEMÁTICA

La problemática que está en estudio se desarrolla en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo periodo enero – junio 2019, en donde nos enfocaremos en el análisis de la edad de las pacientes adolescentes atendidas con amenaza de parto pretermino en al área de Gineco – obstetricia.

La importancia de este estudio se acentúa en determinar en qué etapa de la adolescencia se produce la mayor incidencia de amenaza de parto pretermino, cuáles son las complicaciones que se van a presentar en la madre e hijo.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es de alto riesgo para la salud de la madre y del recién nacido, lo cual trae de la mano elevar las cifras de morbilidad materno - fetal. Los riesgos provienen por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general. El parto pretermino en adolescentes es un desafío para la salud pública debido a los gastos económicos que implica para el estado; el cuidado de la gestante adolescente y del recién nacido prematuro (Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán, 2015).

Adolescentes, en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales. Las cifras de embarazo en la adolescencia son preocupantes. Es un problema que afecta a los países desarrollados y en vías de desarrollo; supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de ellas, pero a su vez involucran a la familia y a la sociedad; constituye un problema social y médico. (Chacón O’Farril, 2015)

La adolescente embarazada puede desarrollar alteraciones como amenaza de parto pretermino, anemia, hipertensión, infecciones, toxemia, amenazas de aborto, entre otras. Así mismo, el recién nacido puede tener bajo peso al nacimiento y complicaciones severas que lo pueden llevar a la muerte; aún si sobrevive, puede tener secuelas como retraso mental y defectos del cierre del tubo neural. (Graciela Alejandra Martínez-Cancino, 2018)

Antes lo ya mencionado se analizara a las pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo bajo el diagnóstico de amenaza de parto pretermino, para determinar cuál es el rango de edad en el que se encuentra la mayor incidencia de dicha patología que afectan a la localidad en estudio.

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la edad que influye como factor predisponente de amenaza de parto pretérmino en las adolescente atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019?

1.3.2 PROBLEMA DERIVADOS

¿Cuál es la frecuencia por edad de las adolescentes que presentaron amenaza de parto pretermino atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019?

¿Cuáles son las semanas de gestación en las que produce con mayor frecuencia la amenaza de parto pretermino en adolescentes atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019?

1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación sobre La edad como factor predisponente de amenaza de parto pretermino en adolescente se realizó en la siguiente institución y periodo:

Campo: Salud

Temporal: Enero a Junio 2019

Institución: Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo

Dirección: Av. Guayacanes 400 Av. Walter Andrade

Ciudad: Quevedo

Provincia: Los Ríos

Zona Distrital: Zona 5

País: Ecuador

Líneas de investigación de la universidad: Educación y Desarrollo Social

Líneas de investigación de la facultad: Salud y Bienestar

Líneas de investigación de la carrera: Salud Sexual y Reproductiva

La población de estudio fueron las gestantes atendidas en dicho establecimiento.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Debido a la incidencia de amenaza de parto pretermino en adolescentes atendidas en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo se realizó este estudio en el cual se pretende saber cuál es la etapa de la adolescencia en la que se presenta con más frecuencia dicha patología además que una de las principales causas de muertes en adolescentes se han reportado por embarazos.

En el 2014 la tasa de madres adolescentes entre los 15 a 19 años ocupaba el primer lugar con un 7.5% más, que las adolescentes de 12 a 17 años sin embargo estas cifras cambiaron en el 2016 cuando la tasa de los adolescentes entre 15 a 19 años bajo considerablemente un 5.8% mientras que entre los 12 a 17 años aumento un 5.8%.

La amenaza de parto pre-termino se ha convertido en un problema con una alta incidencia en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Básico Sagrado Corazón Jesús Quevedo debido a su falta de conocimientos sobre los riesgos que se pueden presentar en un embarazo a temprana edad por la inmadurez de la estructura pélvica, de su sistema reproductor y el impacto que va a causar a nivel social económico y de salud.

Este trabajo se realizó mediante una base de datos obtenida del departamento de estadística del hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús donde está el registro de pacientes adolescentes atendidas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino en el periodo de enero a junio 2019.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la edad de la adolescencia que influye como factor predisponente en amenaza de parto pre término en adolescente atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019

1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Seleccionar a las adolescentes por rango de edad que presentaron amenaza de parto pretermo atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019.
- Identificar las semanas de gestación que se produce con mayor frecuencia la amenaza de parto pretermino en adolescentes atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 MARCO TEORICO

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

La amenaza de parto pretermino se la define como la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantiene durante un lapso de 60 segundos con borramiento del cérvix uterino de 50% o menos y una dilatación menor o igual a 3cm, entre las 22 a 36.6 semanas de gestación. (Condori, 2011)

La prevalencia del parto pretérmino es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal.

El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término. (Ochoa, 2009)..

En la actualidad el parto pretérmino es un suceso de mayor importancia en la medicina perinatal, debido a la elevada morbilidad y mortalidad que ocasiona a pesar de los avances logrados, tanto en el ámbito científico y en la práctica clínica diaria; de manera que la prevención de las complicaciones de la prematuridad será mejor que el tratamiento. (Couto Núñez, 2016)

Etiología

La amenaza de parto pretermino puede ser de origen multifactorial. Sin embargo, tradicionalmente sus causas se han seleccionado en tres grupos:

- Iatrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación. –
- Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)
- Idiopático: sin causa aparente o conocida. (Gabriela Quirós González, 2015)

Clínica de la amenaza de parto pretermino

Es importante que las gestantes sepan identificar los síntomas que se presentan en la amenaza de parto pretermino tales como:

- Molestias abdominales (tipo cólico menstrual)
- Dolor a nivel de hipogastrio de irradiación lumbosacra continuo
- Hemorragia transvaginal
- Ruptura prematuras de membranas
- Presencia de contracciones
- Presencia de secreción mucosa procedente de la vagina

Factores de riesgo asociados con amenaza de parto pretermino:

Lograr identificar factores de riesgo de amenaza de parto pretermino, antes de la concepción y a temprana edad gestacional, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pretérmino. Es importante tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para predecir un parto pretérmino es tener el antecedente de parto pretérmino, el cual representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos partos pretérmino. Este antecedente incrementa de 1,5 a 2 veces el riesgo (Gabriela Quirós González, 2015)

- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna ≤ 18 o ≥ 40 años.
- Estrés.
- Anemia
- Nivel cultural
- Abuso doméstico.
- Violencia familiar.
- Alcoholismo.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Bajo índice de masa corporal pre gestacional.
- Baja ganancia de peso durante el embarazo.
- Tabaquismo.
- Antecedentes de fetos muertos y/o partos pretérmino anteriores.
- Embarazo múltiple.

- Antecedente de aborto tardío.
- Factores uterinos (anomalías).
- Colonización cervical por gérmenes.
- Traumatismos.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones: Vaginosis bacteriana. Infecciones urinarias, pielonefritis. Enfermedades de transmisión sexual. (Lattera, 2003)

Diagnostico

Debe basarse en una adecuada anamnesis, en el examen clínico-obstétrico y en el examen vaginal. Se evaluarán los antecedentes de prematuridad o de nacidos de bajo peso, si es confiable la FUM y la edad gestacional, el inicio y las características de las contracciones uterinas y si está acompañado de síntomas asociada (por ejemplo, las pérdidas de líquido amniótico o hemáticas por los genitales externos, disuria, polaquiuria, fiebre, escalofríos, dolor abdominal, etc.).

Determinación de la edad gestacional

La determinación de la edad gestacional es fundamental al momento de tomar decisiones, en especial en los límites de la viabilidad. La sobreestimación o subestimación de la edad gestacional pueden conducir a la toma de decisiones equivocadas.

La estimación de la edad gestacional se basa habitualmente en la fecha de última menstruación. Sin embargo, ese parámetro puede estar sujeto a desviaciones significativas. La certeza de la edad gestacional por ecografía es máxima en el primer trimestre y va disminuyendo con la edad gestacional.

Los siguientes parámetros integran información para estimar la edad gestacional:

1. Fecha de última menstruación (FUM), si coincide con primera ecografía.
2. Primera ecografía. Idealmente durante el primer trimestre (longitud céfalocaudal a las 10 - 13 semanas) o, en su defecto, en el segundo trimestre, antes de las 20 semanas.

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones:

- **Presencia de contracciones uterinas:**

- Con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria
- Que se mantengan durante un período de 60 segundos

- **Modificaciones cervicales:**

- Borramiento del cuello uterino del 50% o menor
- Dilatación cervical igual o menor a 3 cm

Es recomendable completar información para el diagnóstico mediante la evaluación del cérvix uterino por medio de una ecografía transvaginal (Eco TV), especialmente cuando la contractilidad no es franca o los cambios cervicales no sean categóricos. Si existen dudas, se aconseja reevaluar clínicamente a la paciente después de una o dos horas en reposo.

Ante el cese de la sintomatología que motivó la consulta y en ausencia de modificaciones cervicales, la paciente podrá retornar a su domicilio con la recomendación de limitar la actividad física y de consultar nuevamente ante el reinicio de la sintomatología. Se citará dentro de los siguientes 7 días para control por consultorios externos.

Si, por el contrario, el cuadro persiste, se procederá a internarla para su observación y manejo. (Dra. Ingrid Di Marco, 2015)

Marcador ecográfico

El marcador ecográfico es útil para identificar mujeres con alto riesgo de amenaza de parto pretermino. La longitud cervical entre las 22 – 24 semanas de gestación y la dilatación del orificio cervical interno por ultrasonografía transvaginal han demostrado que pueden predecir parto pretermino espontaneo. (Condori, 2011)

Criterios ecográficos de riesgo de amenaza de parto pretermino

- Longitud cervical < 25 mm antes de las 28 semanas.
- Longitud cervical < 20 mm entre las 28 y 31,6 semanas.
- Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más (Dra. Ingrid Di Marco, 2015)

El borramiento cervical evoluciona en dirección cráneo-caudal. Hasta que los orificios cervicales interno y externo se unen, el cuello se va acortando y el canal cervical adopta diferentes formas.

Una medición >30 mm tiene un elevado valor predictivo negativo de parto prematuro en mujeres sintomáticas. Excluye el diagnóstico de parto pretérmino. El punto de corte para discriminar la verdadera de la falsa APP es 25 mm. Una longitud cervical (Ochoa, 2009)

Marcador bioquímico

La fibronectina fetal es una glucoproteína producida por el corion. Está relacionada con la adherencia de la placenta y membranas a la decidua. La separación entre decidua y corion conlleva un aumento de esta glucoproteína en secreción cérvicovaginal y esto reflejaría un comienzo espontáneo de parto. Es normal detectar la fibronectina en gestaciones menores de 20 semanas y mayores de 37 semanas. Está contraindicada en los siguientes casos:

- Rotura prematura de membranas o >3 cm de dilatación
- Cerclaje
- Placenta previa y/o sangrado

- Exploraciones o relaciones en < 24 horas

Está indicada en

- Mujeres sintomáticas entre 24-34 semanas
- Dilatación < 3 cm
- Membranas íntegras

Las mujeres con síntomas y signos de APP y un test de fibronectina negativo (<50 ng-ml) tienen un riesgo de parto prematuro en las siguientes semanas menor al 1%. El valor predictivo negativo de esta prueba es muy elevado. Sirve mas para descartar una APP que para confirmarla.

Un test de fibronectina positivo tiene menos valor que una longitud de cérvix corta. La combinación de ambas pruebas para valorar el riesgo es mayor cuando la longitud cervical es 30mm. Si la longitud del cerviz es de 20mm ya se considera una APP y no se necesita realizar la prueba de fibronectina fetal. (Ochoa, 2009)

Evaluación clínica

Cuando existe la sospecha de que un cuadro clínico orienta hacia una APP se deben tener en cuenta diferentes parámetros:

- Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal...
- Antecedentes personales y antecedentes obstétricos.
- Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura.
- Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.
- Exploración genital con la finalidad de realizar:
- Especulospia para ver las condiciones del cuello uterino, el estado de las membranas amnióticas y la presencia de hemorragia genital.
- Recogida de cultivo vagino-rectal para Estreptococo grupo B (EGB) y otros frotis y cultivos si fueran necesarios.

- Ecografía abdominal para visualizar número de fetos, estática fetal, estimar peso fetal y volumen de líquido amniótico y ver localización placentaria.
- Analítica básica: hemograma, coagulación, bioquímica y sedimento de orina.
- Valorar realizar urocultivo previo a tratamiento con antibióticos si se decide ingreso de la paciente. (Ochoa, 2009)

Prevención para la amenaza de parto pretermino

Desde hace más de una década se sabe que un buen tamizaje e intervención oportuna, permitiría prevenir hasta el 44% de los partos pretérmino.

La prevención se basa en la predicción del riesgo de parto pretérmino.

Las intervenciones destinadas a disminuir la ocurrencia de un parto prematuro se clasifican en prevención primaria, secundaria y terciaria (Huertas Tacchino, 2018)

Prevención primaria

Son intervenciones realizadas para reducir la morbilidad y mortalidad del parto pretermino y están dirigidas a todas las gestantes antes y durante el embarazo, para prevenir y reducir riesgo de la prematurez

Suplementos nutricionales

Para toda mujer embarazada se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos Omega-3 reducen las concentraciones de citoquinas proinflamatorias.

Toda mujer embarazada tiene recomendación de recibir suplementación con Ácido fólico desde el inicio de su embarazo y durante todo su desarrollo hasta la lactancia.

Cuidado odontológico

Se recomienda a toda mujer embarazada una consulta odontológica cada trimestre, a fin de

Evaluar del estado de su dentadura y, de ser necesario, realizar de inmediato el tratamiento correspondiente. El riesgo de parto prematuro se asocia con la gravedad de la enfermedad periodontal y aumenta cuando la misma progresa durante el embarazo

Estilo de vida y hábitos

Al igual que durante el periodo preconcepcional, deberá fomentarse el abandono de adicciones tales como tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como de la automedicación.

Hay evidencia de la asociación del tabaquismo en el embarazo y el nacimiento pretermino, así como también con el bajo peso al nacer, el desprendimiento prematuro de placenta y la mortalidad infantil.

Pesquisa de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática

Durante el primer control de toda embarazada se debe solicitar un urocultivo. Idealmente, debería ser realizado alrededor de las 12 semanas de gestación, para detectar y tratar precozmente estas infecciones, ya sean sintomáticas o asintomáticas, pues se ha establecido una fuerte asociación entre infecciones urinarias y el parto pretermino.

Pesquisa de vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana es una condición poli microbiana, caracterizada por una disminución en la calidad o cantidad de lactobacilos de la flora vaginal normal y un aumento de mil veces en el número de otros organismos (en particular los anaerobios Mycoplasma hominis, Gardnerella vaginalis y especies Mobiluncus), determinada por cultivos y técnicas moleculares (PCR para detección de ADN bacteriano)³

Las pacientes con vaginosis bacteriana pueden presentar un mayor riesgo de parto pretermino. Se recomienda el tratamiento antibiótico oral para erradicar la infección vaginal en el embarazo

Medición del cuello uterino: longitud cervical medida con ecografía como predictor del Parto pretérmino en embarazos únicos

Prevención secundaria

Son las intervenciones realizadas con el objetivo de eliminar o reducir el riesgo preexistente, o sea, destinado a aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo

Estilo de vida y reposo

Se recomienda a aquellas embarazadas con factores de riesgo de parto pretermino evitar las jornadas laborales prolongadas y aumentar las horas de descanso nocturno.

Suplementos nutricionales

Se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos Omega 3. Los ácidos grasos Omega 3 reducen las concentraciones de citoquinas proinflamatorias.

Ecografía transvaginal (Eco TV)

Mediante la evaluación seriada del cérvix uterino por medio de la ultrasonografía transvaginal en el segundo trimestre es posible predecir el parto pretermino antes de las 34 semanas en mujeres de alto riesgo, constituyéndose en uno de los predictores más potentes

Progesterona en prevención secundaria

La Progesterona en el embarazo normal es considerada la hormona clave para el sostén del embarazo, por su acción sobre el miometrio:

- Suprime genes contráctiles.
- Promueve la relajación de la fibra miométriales.
- Suprime citoquinas, prostaglandinas y la respuesta a la Oxitocina.

Un descenso de los niveles de la progesterona desencadena la amenaza de parto pretermino

Cerclaje cervical

Se lo ha utilizado en mujeres con pérdidas de embarazo previas durante el segundo trimestre, o luego de haberse detectado otros factores de riesgo, tales como cuello uterino acortado

Se recomienda el cerclaje cervical en los siguientes casos:

- Mujeres con tres o más partos pretermino, con o sin rotura de membranas o pérdidas fetales en el segundo trimestre de la gestación.
- Mujeres con antecedente de un aborto o parto espontaneo entre las 17 y 33,6 semanas, en las cuales fue detectada una longitud cervical menor a 25 mm por evaluaciones ecográficas transvaginal seriadas, realizadas entre las 16 y 21,6 semanas.

Contraindicaciones del cerclaje cervical

- Trabajo de parto activo.
- Evidencia clínica de corioamnionitis.
- Sangrado vaginal activo.
- Rotura prematura de membranas pretermino.
- Evidencia de compromiso de la salud fetal.
- Malformaciones fetales letales.
- Muerte fetal.

Prevención terciaria en mujeres embarazadas

El desafío para los equipos de salud es la detección temprana de signos y síntomas, o desplegar intervenciones que identifiquen a las mujeres en riesgo de parto pretermino, lo cual ofrece la oportunidad de mejorar los resultados perinatales

Test de Fibronectina

La Fibronectina Fetal (FNF) se encuentra en las secreciones cérvicovaginal. Permanece elevada durante las primeras 22 semanas de gestación, pero disminuye entre las 22 y 34 semanas en los embarazos normales. Los niveles superiores o iguales a 50 ng/ml a partir de las 22 semanas se han asociado con mayor riesgo de parto prematuro. El test para fibronectina presenta alta especificidad y valor predictivo negativo para el punto de corte de 50 ng/ml.

Ecografía transvaginal

La evaluación del cérvix por Eco TV detecta con mayor precisión que la evaluación digital el acortamiento cervical y el riesgo de parto prematuro espontaneo con membranas intactas (Dra. Ingrid Di Marco, 2015)

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Una vez que ya se realizó la exploración física de la gestante y se confirmó el diagnostico de amenaza de parto pretermino de acuerdo a la dinámica uterina o la dilatación cervical se ingresa a la paciente para su respectivo tratamiento de acuerdo a la edad gestacional.

Inducción de la maduración pulmonar fetal

Corticoides

Estudios randomizados, controlados con placebo y meta análisis han confirmado los efectos beneficiosos de los corticoides antenatales: reducción de la morbimortalidad neonatal por Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR); hemorragia intraventricular; enterocolitis necrotizante; ductus arterioso persistente; displasia bronco-pulmonar y muerte neonatal.

Las mujeres que se encuentran con riesgo de amenaza de parto pretermino se les deben administrar un ciclo único de glucocorticoides antenatales entre las semanas 24 – 34.

Indicaciones

Se realizará en todo embarazo con Amenaza de Parto Pretérmino, o ante una indicación de anticipar el nacimiento por causa materna o fetal, entre las 24 y 34 semanas.

Los agentes glucocorticoides recomendados para uso antenatal son la Betametasona y la Dexametasona ambos regímenes son aceptados. Debido a su posibilidad de cruzar fácilmente la barrera placentaria y no ser inactivadas

- **Betametasona:**
1 ampolla de 12 mg (contiene 6 mg de fosfato y 6 mg de acetato) IM cada 24 horas. Dos dosis (24mg)
- **Dexametasona:**
1 ampolla de 6 mg, IM cada 12 horas 4 dosis (24mg)

El intervalo óptimo entre el tratamiento y el parto es más de 24 horas y menos de 7 días desde el comienzo. Desde la primera aplicación exógena los glucocorticoides se han unido a sus receptores de membrana placentaria, atraviesan y llegan al compartimiento fetal, donde se inicia la síntesis de proteínas del surfactante vía ARN mensajero. El beneficio inicial de la terapia corticoide ocurre a las 8 horas de administrada la 1ª dosis, y el máximo beneficio a las 48 horas de aplicada la 1ª dosis.

Contraindicaciones

Absolutas TBC en actividad, descompensación diabética.

Dosis de “rescate” de corticoides

Si se prolonga el embarazo más allá de una semana desde la aplicación de la primera dosis, se evaluará la repetición del corticoide (dosis de “rescate”), si la paciente presenta nuevamente riesgo de nacimiento pretérmino, especialmente si lo ha recibido antes de las 30 semanas de gestación.

Tocolíticos

La terapia tocolítica es una importante intervención en obstetricia. El uso de tocolíticos puede prolongar el embarazo, en especial a corto plazo entre las 48 horas y 7 días.

La principal indicación del tratamiento tocolítico para las mujeres que están en Amenaza de Parto Pretérmino, es posponer el nacimiento por lo menos por 48 horas, para permitir el efecto óptimo de los glucocorticoides antenatales que disminuyen la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros.

Indicaciones de administración de tocolíticos

Se debe considerar en toda mujer con sintomatología de Amenaza de Parto Pretérmino, sin otras complicaciones severas del embarazo, que representen riesgo aumentado al prolongarse la gestación. No hay consenso acerca de cuál es la menor edad gestacional límite para su administración. En general, se recomienda su indicación hasta las 34 semanas

Contraindicaciones

Absolutas

- Muerte fetal intrauterina.
- Anomalía fetal incompatible con la vida.
- Evidencia de compromiso fetal.
- Restricción severa del crecimiento intrauterino.
- Corioamnionitis.
- Preeclampsia severa inestable o eclampsia.
- Hemorragia severa materna/ Desprendimiento de placenta.
- Trabajo de parto.

Relativas

- Edad gestacional > 34 semanas.
- Madurez pulmonar fetal.
- Metrorragia moderada.
- Restricción de crecimiento fetal, sin alteración de la vitalidad.

- Rotura prematura de membranas.
- Estado hipertensivo del embarazo no complicado (Dra. Ingrid Di Marco, 2015)

Inhibidores de la síntesis de Prostaglandinas: Indometacina

Las enzimas ciclooxigenasas 1 y 2 (COX's) son fundamentales en la síntesis de prostaglandinas (PGs), a partir del ácido araquidónico, que culminan con la contractilidad del miometrio, tanto en el embarazo a término, como en el pretermino. La indometacina actúa como tocolítico mediante la inhibición de las enzimas COX's, impidiendo la síntesis de PG y con ello, las contracciones uterinas.

La Indometacina tiene la ventaja de su fácil administración por vía oral o rectal y presenta menos efectos colaterales maternos que los betamiméticos

Efectos adversos fetales: constricción del ductus e hipertensión pulmonar secundaria cuando fue administrada luego de las 32 semanas, por lo que el uso de Indometacina se limita a los embarazos menores a 32 semanas. Se recomienda ecocardiografía fetal si se usa por más de 72 hs.

Efectos adversos maternos: Son poco frecuentes y están principalmente dados por hipersensibilidad a los antiinflamatorios no esteroides (AINE's), náuseas, vómitos, gastritis/ulcera gastroduodenal, disfunción hepatocelular, alteraciones hematológicas (plaquetopenia).

Recomendaciones

El uso de Indometacina estaría indicado para tocolisis a corto plazo (hasta 48h)

- en caso de fracaso de la uteroinhibición con otros tocolíticos;
- en embarazos de menos de 32 semanas;
- sin oligohidramnios.

DOSIS:

Inicial: 50 a 100 mg vía rectal

Mantenimiento: 25 a 50 mg vía oral cada 4 a 6 hs, sin superar la dosis máxima total de 200 mg/día

Duración máxima del tratamiento: 48 horas

Bloqueantes cálcicos: Nifedipina

Nifedipina es uno de los agentes uteroinhibidores más utilizados. Su mecanismo de acción está dado por un bloqueo del ingreso del Calcio a nivel de la membrana celular en decidua y miometrio y consecuentemente, a la disminución del calcio libre (ionizado) intracelular, impidiendo la contractilidad de la fibra miométriales. Se administra vía oral, con rápida absorción por mucosa gastrointestinal, con una vida media de 80 minutos y una duración de su acción de alrededor de 6 horas

DOSIS:

Inicio: 10 a 20 mg vía oral (no utilizar la vía sublingual por el riesgo de brusco descenso de la tensión arterial y de la consecuente caída del flujo útero-placentario). Reiterar cada 15 a 20 minutos, si no han cedido las contracciones. Dosis máxima durante la primera hora: 60 mg.

Mantenimiento: 10 a 20 mg/6 a 8 horas, espaciando las tomas de acuerdo al cese de las contracciones uterinas.

Dosis máxima total: 160 mg /día.

Duración del tratamiento: hasta un máximo de 48 hs.

Efectos adversos maternos

Ocurren como resultado de los efectos vasodilatadores y pueden ser severos en el 2%-5% de las pacientes: hipotensión arterial, taquicardia, mareos, náuseas, vómitos, cefalea, enrojecimiento de cara, cuello y parte superior del tórax, vértigo, debilidad, desasosiego.

Efectos adversos fetales

Se ha publicado disminución del flujo útero placentario, principalmente, asociado a hipotensión materna. Taquicardia fetal.

Contraindicaciones

- Hipotensión materna (tensión arterial \leq 90/60 mmHg).
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Patología vascular coronaria/Isquemia miocárdica.
- Estenosis aortica.
- Alergia conocida al fármaco

Neuroprotección fetal

Uso de Sulfato de Magnesio antenatal.

En los prematuros, especialmente en los menores de 32 semanas, el riesgo de morir en las primeras semanas de vida es mayor que en los niños nacidos de término. En los que sobreviven, el riesgo de sufrir deficiencias neurológicas y discapacidad significativa está aumentado. Clínicamente, los resultados neurológicos adversos más frecuentes asociados con la prematurez son la parálisis cerebral (PC) y el deterioro cognitivo. Otros resultados adversos incluyen ceguera, sordera, retraso en el desarrollo u otro deterioro neurológico.

El Sulfato de Magnesio ha sido asociado con varias acciones beneficiosas. Entre las más importantes se cuenta la de proteger al cerebro en desarrollo del daño a las neuronas causado por los efectos de toxicidad excitatoria del Glutamato, el principal aminoácido neurotransmisor excitatorio (EAA).

Estabilidad hemodinámica: el SM mostró efectos beneficiosos hemodinámicos al estabilizar la presión sanguínea, reducir la vasoconstricción en las arterias cerebrales y la mejoría de la perfusión cerebral en el recién nacido (RN) pretérmino.

Propiedades antioxidantes: Reducción del daño celular en condiciones de hipoxia isquémica, al disminuir el exceso de radicales libres de Oxígeno que dañan las neuronas.

Propiedades antiinflamatorias: Disminuye el nivel de citoquinas inflamatorias (Interleuquinas, TNF α) y previene el daño neuronal en el parto pretérmino inducido por inflamación

Esquema de tratamiento

Dosis de ataque: 5 g EV en bolo lento (4 ampollas de 5 ml o 2 ampollas de 10 ml al 25% en 100 cc de solución Dextrosa al 5%, a pasar en 30 minutos).

Dosis de mantenimiento: 1 gr/hora EV, hasta que se produce el nacimiento. Administrar con un goteo de 20 g de Sulfato de Magnesio (16 ampollas de 5 ml u 8 ampollas de 10 ml al 25%) en 500 cc de solución Dextrosa al 5%, a 7 gotas por minuto).

De ser posible, por razones de seguridad, se recomienda uso de bomba de infusión continua, a 21 microgotas por minuto (1 gramo/ hora)

Duración del tratamiento

Hasta el nacimiento, o hasta completar 12 hs de infusión EV.

Efectos adversos del Sulfato de Magnesio

Maternos: Disminución o abolición de reflejos osteotendinosos, tuforadas, hipotensión, depresión respiratoria hasta paro respiratorio, bloqueo aurículo-ventricular, bradicardia hasta paro cardíaco.

Fetales: Hipotonía. Disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal a corto plazo, en el registro cardiotocográfico, sin relevancia clínica (Atkinson, 1994). No se asoció a depresión farmacológica del neonato ni con modificaciones del puntaje de Apgar

Monitoreo clínico de la paciente con Sulfato de Magnesio

El tratamiento debe garantizar los siguientes parámetros:

- Reflejo rotuliano presente.
- Frecuencia respiratoria mayor a 12 respiraciones/minuto.
- Diuresis 0.5 – 1 ml/kg/h
- Control de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) con monitoreo continuo o intermitente.

Intoxicación por Sulfato de Magnesio

El Gluconato de Calcio, es el antídoto, y se administrará 1g EV en bolo lento (1 ampolla), Administre Oxígeno a 4 l/min por catéter nasal o 10 l/min con máscara y evalúe oximetría de pulso).

Antibioticoterapia

Las evidencias publicadas hasta el momento no encontraron beneficios con el uso de Antibioticoterapia para prevenir el PP, ni para reducción de la mortalidad o morbilidad en mujeres con membranas intactas

Los antibióticos no deben ser indicados en forma rutinaria en pacientes con amenaza de parto pretérmino y membranas intactas, sin evidencia clínica de infección (corioamnionitis)

Antibioticoterapia en caso de corioamnionitis

Esquemas de tratamiento

a. Ampicilina: 2 gramos cada 6 horas + **Gentamicina** 3-5 mg/kg/día, una dosis diaria.

b. Ampicilina Sulbactam: 3 gramos cada 8 horas.

c. Ampicilina Sulbactam: 1,5 gramos cada 6 horas + **Clindamicina** 600- 900 mg cada 8 horas.

d. Ampicilina Sulbactam: 1,5 gramos cada 6 horas + **Metronidazol** en dosis de carga de 15 mg/kg, seguida de 7,5 mg/kg.

e. Ceftriaxona: 2 gramos cada 24 horas + **Clindamicina** 600-900 mg cada 8 horas. (Dra. Ingrid Di Marco, 2015)

ADOLESCENCIA

La adolescencia es una de las etapas de vida del ser humano, caracterizada por cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales; en la que las personas transitan de una inmadurez a una madurez como adultos. De ahí que la Organización Mundial de la Salud, la define como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica, ya que están presentes muchas de las características de la etapa anterior junto con otras nuevas. Para fines prácticos abarca de los 10 a los 19 años y se divide en adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.

En esta etapa muchos(as) adolescentes, experimentan distanciamiento con sus progenitores y un mayor acercamiento con sus amistades, quienes en un buen porcentaje, suplen las necesidades de información. Aumentando la situación de vulnerabilidad, a problemas de salud como el embarazo no planeado, tienen menos información y preparación para las prácticas de cuidado durante su embarazo como la estimulación prenatal, higiene y cuidados personales, alimentación y sustancias tóxicas, en comparación con las mujeres gestantes adultas.

Por consiguiente, tienen más riesgos y complicaciones en su salud durante el embarazo y parto así como la de sus hijos que las mujeres de 20 años o más. Por ello, identificar los factores de riesgo de las adolescentes embarazadas pertenecientes a determinados sectores poblacionales puede favorecer realizar intervenciones fundamentadas acordes a sus necesidades específicas. (Tapia Martínez, 2012)

La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres. Una de cada seis mujeres que se embarazan es adolescente. La mortalidad por embarazo en la adolescencia, está relacionada con una mayor mortalidad materna; el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que

en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años.

En el rubro de morbilidad, las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de riesgo, ya que están más expuestas a complicaciones como la eclampsia, anemia, parto prematuro y a tener recién nacidos de bajo peso, complicaciones relacionadas con factores de riesgo como la pobreza, desnutrición, escolaridad limitada y falta de apoyo familiar, que a su vez, provocan, la ausencia o asistencia tardía al control prenatal y consecuentemente a un déficit de información y orientación sobre las recomendaciones y cuidados durante el embarazo y parto.

FASES DE LA ADOLESCENCIA

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas que a continuación describiremos pueden ser sustanciales.

Adolescencia temprana (10-13)

Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico.

En el área del desarrollo psicológico, en esta etapa también ocurren otros fenómenos. Existe labilidad emocional -con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta.

El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior.

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares.

En cuanto al desarrollo sexual, en esta fase se produce una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales.

Adolescencia media (14 – 16)

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres.

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros.

El desarrollo cognitivo en esta etapa se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento («¡Al fin entiendo álgebra!»), y de la creatividad.

Respecto del desarrollo social, en esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo).

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos.

Adolescencia tardía (17 – 19)

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales.

En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto.

El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad.

Respecto del desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal, los que no le preocupan a menos que exista alguna anomalía. (Gaete, 2015)

Cambios anatómicos

Los embarazos en la adolescencia son de muy alto riesgo tanto para la adolescente como para el bebé, si bien es cierto el cuerpo de todos los seres humanos pasa por el proceso llamado pubertad, cuando una adolescente se embaraza a cualquier edad de esta etapa, su cuerpo no está preparado para recibir al embrión y posteriormente al feto.

Físicamente el cuerpo de una adolescente no está preparado para un embarazo, cuando la anatomía de la mujer aun sufrirá diferentes cambios anatómicos que aún no se han dado por completo, tanto en la vagina, el cuello uterino, el útero y la pelvis que aún no está desarrollada y es más estrecha para aguantar el peso del feto y el desarrollo del mismo.

- Su desarrollo empieza aproximadamente a los 10 a 11 años
- Se empieza a producir más estrógenos
- La progesterona conduce a la maduración de los órganos sexuales

- Las mamas crecen más, en forma cónica, la aureola se comienza a pigmentar aún más, el pezón comienza a crecer y a oscurecerse.
- Empieza un ensanchamiento de cadera por alteración ósea, causada por los estrógenos y acumulación de grasa en el área.
- En promedio aumenta un 45% del vigor muscular
- El crecimiento del vello del pubis y de las axilas ocurre al mismo tiempo que el de las mamas
- El aparato reproductor se desarrolla con mucha rapidez y una vez está suficientemente maduro aparece la menarca

La revista (sinc, 2016) cito un estudio realizado por un equipo de investigadores de la Universidad de Zúrich (Suiza) debido a los cambios que se presentan en la pelvis femenina, este estudio se realizó a 275 mujeres desde su nacimiento hasta los 95 años, donde obtuvieron como resultado que hasta los 10 años la pelvis tanto del hombre como la mujer son iguales, de allí en adelante, la pelvis femenina se comienza a ensanchar debido a las hormonas y alimentación, preparándose para los futuros partos de dicha mujer, este estudios nos dice que estos cambios alcanzan su punto máximo a los 25 años y se mantienen hasta los 40 años lo que coincide con el periodo de fertilidad de la mujer; a partir del inicio de la menopausia, la pelvis se comienza a estrechar y su desarrollo se torna de nuevo similar al de la pelvis masculina. (sinc, 2016)

Ecuador tercer país con la tasa más alta de embarazos adolescentes

Según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, el documento muestra que, en el 2014, 49,3 de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de madres adolescentes, de hasta 19 años. Si se toma en cuenta los rangos de edad, las progenitoras menores de 15 años, representan el 3%. Las madres entre 15 y 17 años conforman el 23%. Mientras que las mamás de entre 18 y 19 años ocuparon el 23.3%. Según el informe, en total, 12 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años son madres. La investigación también trae un dato que preocupa a las autoridades de Salud. En los últimos 10 años, el incremento de partos de adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Ese mismo indicador, en adolescentes de entre 15 y 19 años se ubicó en el 11%. (COMERCIO, 2018)

Según datos del Ministerio de Salud Pública, en Ecuador se registraron 413 318 nacidos vivos de niñas y adolescentes, de 10 a 19 años. Las cifras son desde el 2010 hasta el 2016. Además, según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, Ecuador es el tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos, entre esos rangos de edad. Se ubica detrás de Nicaragua y República Dominicana. (COMERCIO, 2018)

Un tema que se debe enfrentar con información

Cada ecuatoriano se alarma al leer el aumento de las cifras de los embarazos en adolescentes las mismas que nos dicen según datos de la INEC Ecuador registra 122.301 madres adolescentes tienen un nivel de instrucción de primaria el 34.1% y de secundaria el 56.7%; de estas el 55.8% viven en unión libre, el 20.2% son solteras, el 15.7% son casadas, el 7.6% son separadas, 0.5% viudas y 0.2% divorciada.

Si analizamos el ámbito económico de estas adolescentes nos encontramos con un 75.2% que pertenecen a la población económicamente inactiva, y el 24.8% a la población económicamente activa; como nos podemos dar cuenta podríamos decir que el mayor porcentaje de adolescentes que se embarazan son aquellas que se encuentran cursando sus estudios secundarios (Adolescencia media), en unión libre y sin un trabajo de como sustentar su embarazo.

Enfocándonos en este punto de vista notamos que aumentan el riesgo de padecer una amenaza de parto pretermino según las condiciones socioeconómicas y el ámbito emocional en el que se encuentran al momento de embarazarse; “haciéndonos la pregunta ¿una niña de 15 años está preparada para ser madre?; como se le complica la vida y además sigue teniendo hijos y haciendo que el riesgo sea mayor en cada embarazo de tener un parto prematuro y de esta manera también aumentando las complicaciones fetales y la mortalidad fetal por partos prematuros”.

Educación sexual

Una intervención explícita o implícita encaminada a que los jóvenes aprendan a conocerse, aceptarse y ser felices, que disfruten con lo que hacen y tengan

experiencias enriquecedoras, disminuyendo al máximo las probabilidades de sufrir consecuencias no deseadas como embarazos o enfermedades de transmisión sexual. Esto último no se está cumpliendo como nos gustaría, muchos jóvenes viven su sexualidad de forma poco responsable y se arriesgan a sufrir consecuencias que no desean. (romero, 2013)

Los jóvenes de hoy tienen una actitud más liberal respecto al sexo, tienen muy claro su derecho a tener relaciones sexuales. Cada vez se ponen menos condiciones para acceder a las relaciones sexuales, basta con que a los dos les apetezca. No es necesario que haya afecto, amor, ni compromiso, aunque estos suelen ser requisitos importantes para algunos, sobre todo para las chicas. Si antes había que estar casado, enamorado y comprometido, ahora basta con que nos gustemos y los dos queramos. (romero, 2013)

Cada vez se accede antes a las relaciones sexuales coitales. En 1977 la media de edad de acceso al coito estaba en 22-23 años. En 2004 esta media de edad se sitúa en los 16-18 años. El acceso al coito desde que se inicia una relación es un proceso en el que cada vez invierten menos tiempo, el paso de las conductas paracoitales a las coitales es cada vez más rápido. Las distintas actitudes de los jóvenes se manifiestan en forma de conductas arriesgadas, sobre todo en la primera relación coital y en las relaciones sexuales esporádicas o no previstas, estas, además, suelen darse en situaciones y contextos inadecuados: consumo de drogas y alcohol, relaciones no planificadas, furtivas... Los más pequeños (entre 15-17 años) asumen más riesgos, a medida que avanzan en edad. (romero, 2013)

Tienen relaciones coitales con un mayor número de parejas, entre tres y cuatro en la adolescencia. (romero, 2013)

La sociedad ofrece a los adolescentes mensajes contradictorios sobre la sexualidad: Por un lado, incita al consumo y a la búsqueda de emociones positivas y búsqueda de placer, invita a la actividad sexual, pero niega la educación sexual en la familia y en la escuela. La televisión, la publicidad valida las relaciones sexuales, hay permisividad de horarios y actividades, pero los padres no asumen que sus hijos y sobre todo hijas adolescentes tengan actividad sexual. La

asistencia sanitaria existente es insuficiente. Es como si la sociedad regalara un coche a cada joven sin antes enseñarle a conducir. (romero, 2013)

Embarazo en la adolescencia

La mayor parte de los embarazos en la adolescencia son considerados como embarazos no deseados o imprevistos, dados por tener relaciones sexuales sin la responsabilidad que esta conlleva

Uno de los principales problemas que afronta el Ecuador son los embarazos en las adolescentes, este es considerado un problema biomédico debido al elevado riesgo de complicaciones que se presentan durante este embarazo y el parto; ya que no llevaron un debido control prenatal, por ende, tienen un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro, y de esta manera halla un incremento tanto en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.

Factores Predisponentes Del Embarazo En Las Adolescentes

Los factores predisponentes o de riesgo son aquellas características detectables en individuos, que van asociadas a la probabilidad y que incrementan la posibilidad de causar un daño a la salud:

A continuación, se enumeran factores de riesgos asociados a los embarazos en las adolescentes

Factores sociales

- Disminución del valor de la virginidad como pre-requisito para el matrimonio
- Machismo como valor cultural
- Vivir en área rural
- Demostrar amor entregando su virginidad
- Proveniencia de un nivel socioeconómico bajo
- Trabajo no calificado
- Situación social carente de oportunidades reales de progreso

- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en familia, en las sociedades y en los medios masivos de comunicación.

Factores individuales

- Falta de actitud preventiva
- Personalidad inestable
- Abuso de sustancias (hábitos nocivos)
- Menarca precoz
- Ignorancia de su fisiología
- Curiosidad sexual
- Bajo nivel educativo

Factores Familiares

- Madre con historia de embarazo adolescente
- Inestabilidad y conflictos familiares
- Familia con poca comunicación entre padres e hijos, donde los problemas sexuales no se discute, o se discuten en forma distorsionada
- Embarazo de una hermana cuando era adolescente
- Disfunción familiar
- Vinculo más estrecho con el padre
- Padres tolerantes con la idea de mantener relaciones sexuales cada vez mas precoces

A partir de la década de los 70 se han aplicado diversas estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes; a pesar de ello, éste se ha incrementado junto con los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, entre otras consecuencias (Morales, 2012)

El embarazo en la adolescencia representa un problema de salud pública. El periodo normal de la gestación en los seres humanos es de la semana 37 a la 41; todos los bebés que nacen antes de estas semanas determinadas se los considera

prematuros. Según la OMS el parto prematuro se define como, “parto de un nacido vivo o muerto antes de la semana 22, que pese más de 500 gramos y tenga una longitud cefalo-caudal de 25cm o más”

El parto prematuro lo catalogamos como un problema obstétrico, pero si lo analizamos también es un problema neonatal ya que la prematures sigue siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y es la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

Un embarazo en adolescente genera cambios en la joven, en el joven y en quienes los rodean; puede presentarse desde un drama familiar por la adaptación a la nueva situación, hasta la transformación en forma sustancial de todo el panorama. Esto, al igual que otras circunstancias lo pueden convertir en un hecho dinámico, muy complejo y que trae de la mano muchas consecuencias. (Morales, 2012)

Consecuencias

Físicas

- Anemia y desnutrición
- Detención del crecimiento
- Mayor riesgo de abortos espontáneos
- Mayor riesgo de partos prematuros
- Aumenta la probabilidad de tener más hijos
- Aumenta de la mortalidad materna
- Aumento riesgo de tener más ITS

Emocionales

- Deserción escolar
- Problemas de autoestima
- Frustraciones tanto personales como sociales
- Mayor riesgo de separación de la pareja
- Rechazo hacia él bebe

Para el padre

- Trabajar y recibir un menor nivel de ingreso que los demás adolescentes de su edad
- Deserción escolar
- Aumento del estrés
- Mayor frecuencia de trastornos emocionales por falta de recursos
- Mayor riesgo de separación de la pareja

Para él bebe

- Nacer prematuramente, con bajo peso o pequeño para su edad gestacional
- No ser aceptado o deseado por sus padres
- Nacer con alguna deficiencia física o mental
- Ser dado en adopción
- Ser abandonado en algún lugar
- Tener menos oportunidades de un hogar estable

2.1.1 MARCO CONCEPTUAL

Amenaza de parto pre-termino: Se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos, con modificación del cérvix, y una dilatación mayor o igual a 3 cm con borramiento del 70 a 80% entre la 22 a la 36.6 semanas de gestación.

Adolescencia: periodo de la vida de la persona que corresponde entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.

Adolescencia temprana: En esta etapa el adolescente se caracteriza por ser egocéntrico, y aún tiene actitudes de la niñez.

Adolescencia media: Es la etapa más difícil de la adolescencia, aun no tiene definida su identidad, existe alejamiento de los padres y acercamiento a los grupos escolares o del lugar donde viven.

Adolescencia tardía: En esta etapa es donde el adolescente ya encuentra definida su identidad, se encuentra más claro de lo que quiere ser y en las decisiones que quiere tomar, dejando de lado los grupos, y poniendo límites personales.

2.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Según datos de la INEC de cada 100 mujeres embarazadas 49 son adolescentes, y según el MSP entre los años 2010 hasta el 2016 se registraron 413.318 nacidos vivos de adolescentes, del 100% de estas adolescentes el 68% pertenece a la población del Ecuador económicamente inactiva, es decir que son adolescentes de bajos recursos y se encuentran cursando sus estudios secundarios.

En el Ecuador, en el 2019 se dieron un total de 1.099 muertes neonatales, teniendo el primer lugar la zona 8 con 428 casos, mientras que en la zona 5 donde se está realizando la investigación se presentaron 47 casos ocupando el lugar número 6 en la tabla de clasificación; el mes en el que más se presentaron muertes neonatales fue en enero teniendo un porcentaje de 14.83 (163 casos)

En la provincia de Los Ríos se presentaron 34 casos, en los siguientes hospitales.

HOPITAL	#CASOS
BASICO NICOLAS COTTO	3
GENERAL IEES BABAHOYO	11
GENERAL IEEEES QUEVEDO	13
GENERAL MARTIN ICAZA	7

La principal causa de muertes neonatales en el Ecuador es la asfixia del recién nacido, la cual la principal causa de dicha complicación es la prematuridad, llevándonos al inicio y demostrándonos que mientras más prematuro sea el bebé, menos posibilidades de vida tiene.

Martínez, Díaz y Romero hicieron un estudio debido al incremento de los embarazos en la adolescencia en México, estudiaron 155 casos en los cuales el mayor índice de embarazo estuvo a los 17 años, así como también los resultados de dicho estudio fueron que los bebés de madres menores de 15 años aumentan el índice de morbilidad neonatal y que los bebés que nacen de madres menores de 20 años tienen más riesgo de morir en el primer año de vida, de esta manera llegaron a la conclusión que conforme es menor la edad de la adolescente, como la edad de la gestación; el riesgo de parto pre-termino aumenta notablemente. (Graciela Martínez, 2017)

Manrique, Rivero, Ortunio, Rivas, Cardozo, Guevara hicieron un estudio para determinar la prevalencia de parto pre-termino en adolescentes, el cual tomaron una muestra de 647 casos, teniendo como resultado el mayor índice de las

pacientes que presentaron parto pre-termino eran adolescentes tardías (17 a 19 años), y que son parte de la población económica baja, teniendo en cuenta que aun en esta fase una adolescente que se embaraza corresponde a este momento de su vida, sin madurar por el simple hecho de estar embarazada; llegando a la conclusión que la pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo adolescente y con el aumento del riesgo en partos pre-términos. (Riscarle Manrique, 2005)

2.2 HIPÓTESIS

2.2.1 HIPÓTESIS GENERAL

La edad como factor predisponente en amenaza de parto pretermino en adolescentes.

2.2.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- La edad de las adolescentes es un factor predisponente para presentar amenaza de parto pretermo
- La incidencia de amenaza de parto pretermino entre las 32 a 36 semanas de gestación es elevada en adolescentes

2.3 VARIABLES

2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Adolescencia

2.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Amenaza de parto pretermino

2.3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
Variable independiente ADOLESCENCIA	Periodo de la vida de la persona que corresponde entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.	Salud materna	Adolescencia temprana 10 – 13	El % de pacientes
			Adolescencia media 14 - 16	El % de pacientes
			Adolescencia tardía 17 – 19	El % de pacientes

<p style="text-align: center;">Variable dependiente</p> <p style="text-align: center;">AMENAZA DE PARTO PRETERMINO</p>	<p>Presente entre la 22 y 36.6 semanas de gestación. Se define por la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos, con modificación del cérvix mayor o igual a una dilatación de 3 cm y con borramiento del 70 a 80% (Condori, 2011)</p>	<p>Salud materna</p>	<p>22 – 27 semanas de gestación</p>	<p>El % de pacientes atendidas</p>
	<p>28 – 31 semanas de gestación</p>		<p>El % de pacientes atendidas</p>	
	<p>32 – 36 semanas de gestación</p>		<p>El % de pacientes atendidas</p>	

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 METODO DE INVESTIGACION

El método que se aplicara en el presente proyecto investigativo para su desarrollo es de carácter deductivo ya que estará basado en la información proporcionada de la base de datos del área de estadística de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo las cuales presentaron amenaza de parto pretermino durante el periodo de enero – junio 2019

3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La modalidad que se aplicara en el presenta trabajo de investigación será cuantitativa ya que se determinara y establecerá en qué etapa de la adolescencia se produce la amenaza de parto pretermino mediante esta modalidad se determinaremos el porcentaje de las etapas de la adolescencia se encuentra con mayor frecuencia en el periodo de estudio ya mencionado

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es; la edad como factor predisponente de amenaza de parto pretermino en adolescente atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019, esta investigación será aplicada porque el problema ya está establecido y es del conocimiento del investigador, descriptiva porque se tomara información referente de fuentes bibliográficas provenientes de bases de datos de google académico, biblioteca virtual de la Universidad Técnica De Babahoyo, transversal ya que se presenta dentro de una corte de tiempo y retrospectiva porque se llevara a cabo entre Enero Y Junio del 2019, no experimental porque solo se observaran las variables no se las modificara

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 TÉCNICAS

El presente trabajo de investigación es en base de la observación ya que utilizaremos la base de datos contenidos en el área de estadística del Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo , descripción se hará un sustento de las bases teóricas relacionadas al tema y análisis ya que seleccionaran datos de acuerdo a las variables de estudio

3.4.2 INSTRUMENTO

Se elaborara una hoja de datos de Excel con variables de estudio edad, paridad, procedencia, edad de gestación, número de controles prenatales, nivel de educación, amenaza de parto pretermino previo

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

3.5.1 POBLACION

El universo de estudio son 318 pacientes embarazadas que ingresaron al Hospital Básico Sagrado Corazón De Jesús Quevedo con diagnóstico de amenaza de parto pretermino

3.5.2 MUESTRA

Para la obtención de la muestra se aplicara el criterio de inclusión y exclusión obteniendo un total de 94 adolescentes con diagnóstico de amenaza de parto pretermino al momento de su ingreso hospitalario, las mismas que utilizaremos como muestra para el desarrollo de este estudio.

CRITERIO DE INCLUSION

Se incluirán a todas las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el área de GINECO-OBSTETRICIA del Hospital Básico Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo con diagnóstico de amenaza de parto pre-término

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluirán a todas las embarazadas que no son adolescentes y fueron atendidas en el área de GINECO-OBSTETRICIA del Hospital Básico Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo y que no presentaron amenaza de parto pretérmino

3.6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

N°	ACTIVIDADES	MES	OCTUBRE				NOVIEMB				DICIEMBR				ENERO				FEBRERO				MARZO			
		SEM					RE				E															
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inscripción en la página web-saiutb.edu.ec recepción y legalización de expedientes																									
2	Socialización del tema con el tutor																									
3	Selección del tema.																									
4	Entrega y revisión de tema de proyecto de investigación																									
5	Aprobación del tema																									
6	Recopilación de información del perfil del proyecto de investigación																									
7	Elaboración del perfil (I etapa)																									
8	Registro en el Sai del Perfil de Investigación																									
9	Desarrollo del Capítulo I																									
10	Desarrollo del Capítulo II																									
11	Desarrollo del Capítulo III																									

3.7 RECURSOS

3.7.1 RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
INVESTIGADORES	Giraldo España Yomira Yamileth Gómez Jiménez July Roció
Docente – tutor de Proyecto de Investigación	OBST. Lilian Muñoz Solórzano

3.7.2 RECURSOS ECONÓMICOS

RECURSO ECONÓMICOS	INVERSIÓN
Seminarios de tesis	10.00
Internet	108.50
Primer material escrito	50.00
Material bibliográfico	12.00
Copias	5.00
Alquiler de equipo informático	7.00
Alimentación	40.00
Movilización y transporte	60.00
Total	292,50

3.8 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

3.8.1 Base de datos

Se revisó la base de datos de las pacientes embarazadas que ingresaron al área de Gineco-Obstetricia del Hospital Sagrado Corazón De Jesús Quevedo con diagnóstico de Amenaza de parto pretermino durante el periodo de Enero-Junio 2019 en la cual se obtuvo 318 pacientes con dicha patología se aplicó el criterio de inclusión y exclusión obteniendo una muestra de 94 adolescentes embarazadas con APP

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

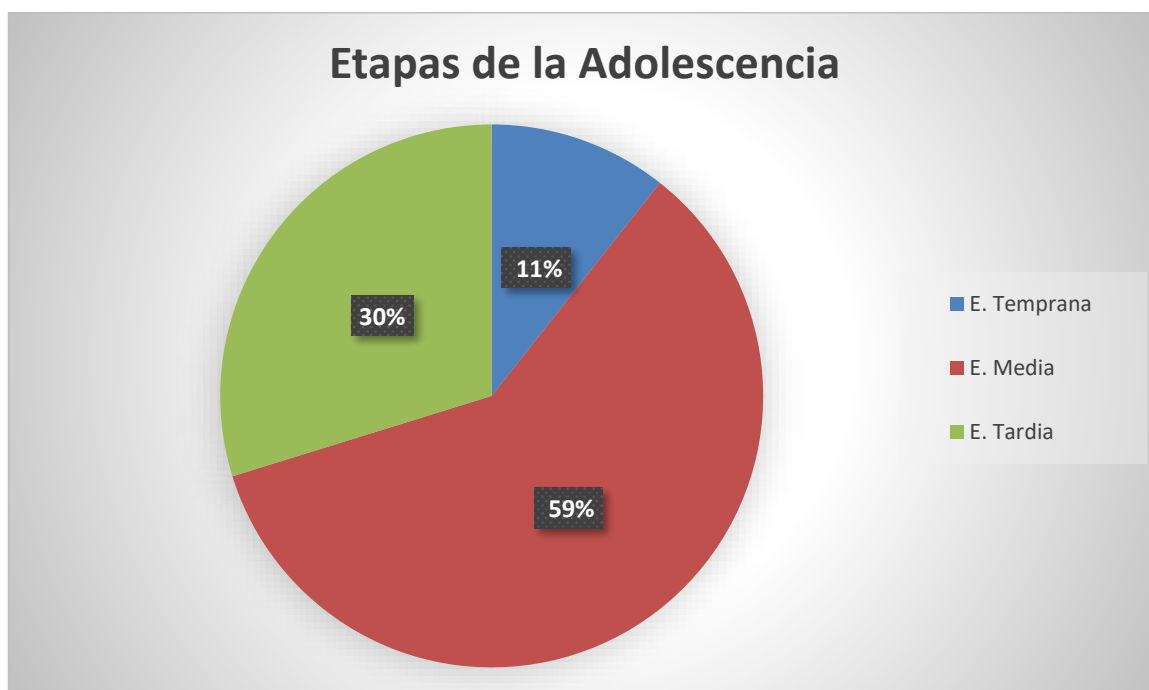
4.1 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION Y ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Tabla N° 1

Distribución por etapa de Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino atendidas en el HBSCJ de la ciudad de Quevedo de Enero – Junio 2019

ETAPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TEMPRANA	10	11%
MEDIA	56	59%
TARDIA	28	30%

Grafico N° 1



Fuente: Departamento de estadística del HBSCJ
Elaborado por: Yomira Giraldo – July Gomez

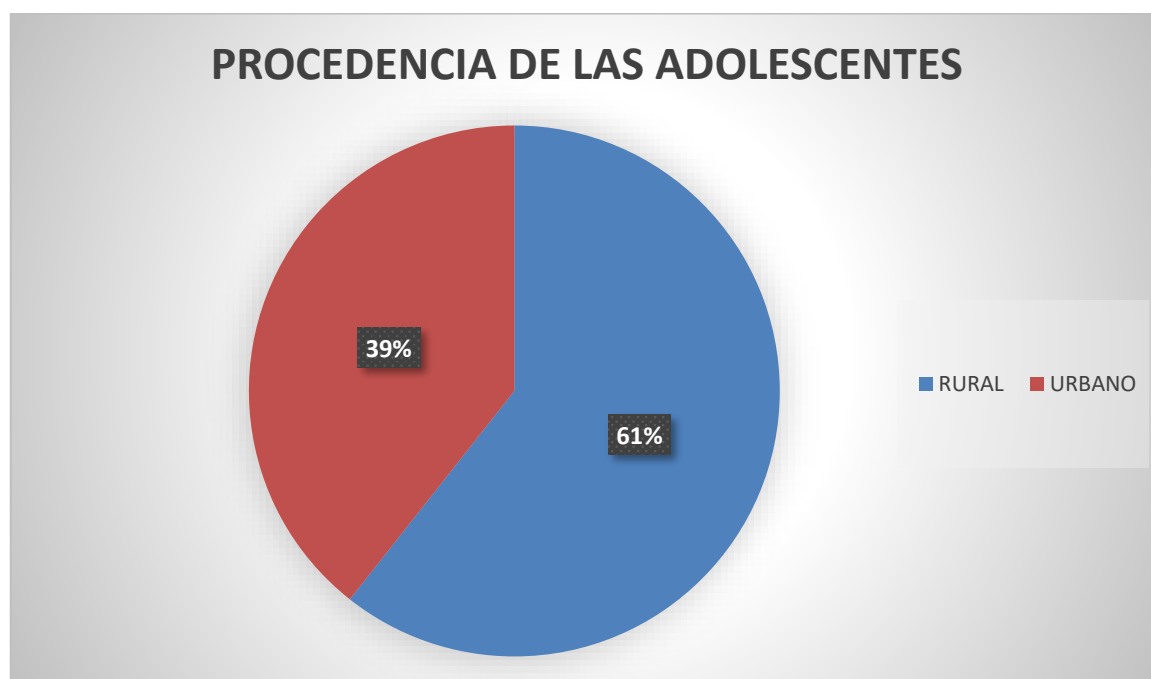
Análisis: Según los datos registrados en la edad de 16 años, es en la que más amenaza de parto pretermino se presentó, con 27 casos que pertenecen a la etapa media de la adolescencia.

Tabla N° 2

Distribución según la procedencia de Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino atendidas en el HBSCJ de la ciudad de Quevedo de Enero – Junio 2019

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	57	61%
URBANA	37	39%

Grafico N° 2



Fuente: Departamento de estadística del HBSCJ
Elaborado por: Yomira Giraldo – July Gómez

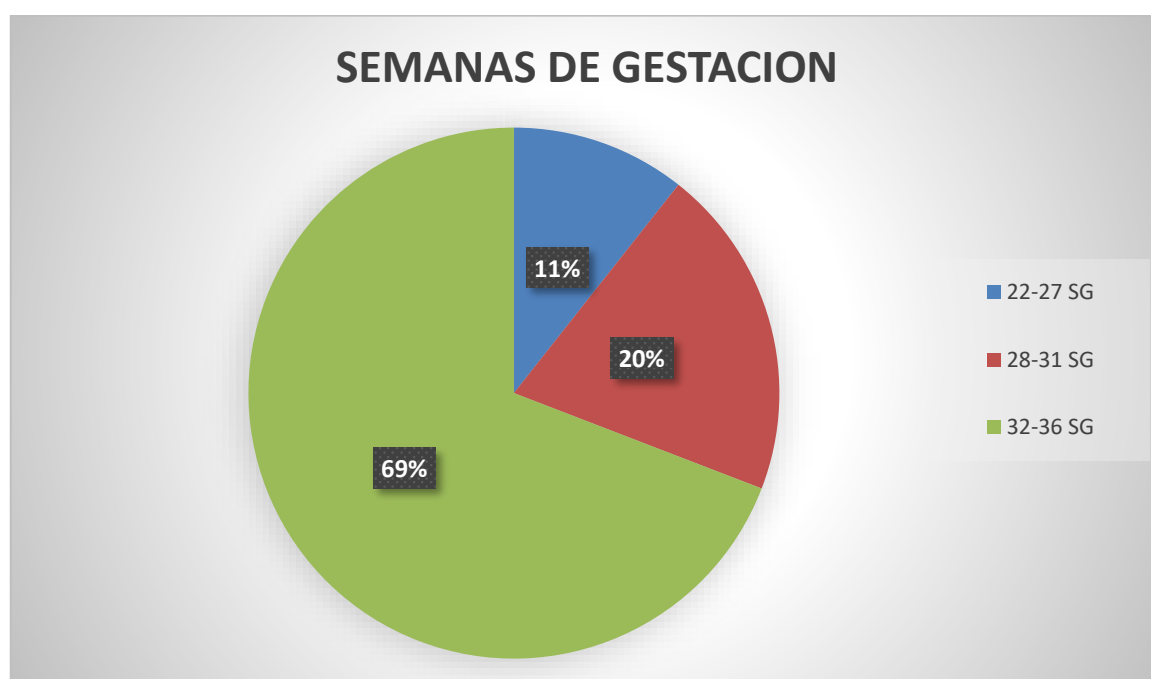
Análisis: La zona rural ocupa un gran porcentaje de los embarazos en la adolescencia y las complicaciones que se presentan, ya que influye de manera directa debido a que son parte del nivel socioeconómico bajo de la población.

Tabla N° 3

Distribución según la semana de gestación de la Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino atendidas en el HBSCJ de la ciudad de Quevedo de Enero – Junio 2019

SEMANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
22-27 SG	10	11%
28-31 SG	19	20%
32-36 SG	65	69%

Grafico N° 3



Fuente: Departamento de estadística del HBSCJ
Elaborado por: Yomira Giraldo – July Gomez

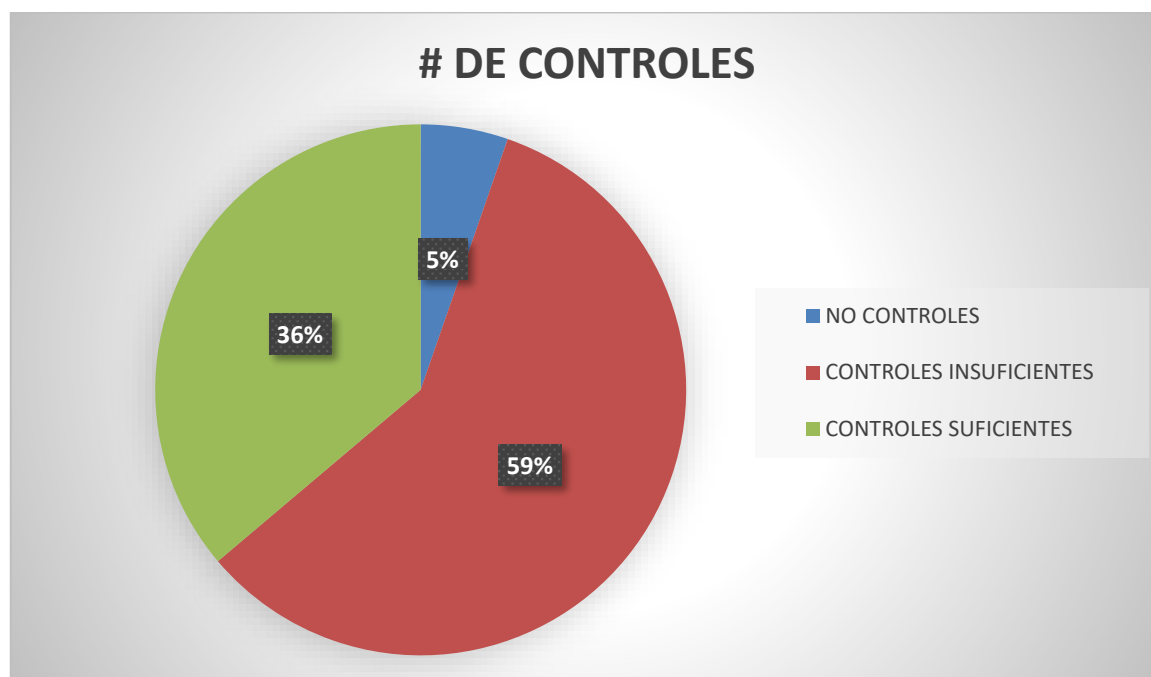
Análisis: Según los datos registrados, de los embarazos de adolescentes en la semana 36, fue donde más casos de amenaza de parto pretermino se presentaron, con 21 casos.

Tabla N° 4

Distribución según el número de controles que se realizaron las Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino atendidas en el HBSCJ de la ciudad de Quevedo de Enero – Junio 2019

# CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No controles 0-2	5	5%
Controles insuficientes 3-5	55	59%
Controles suficientes 6-8	34	36%

Grafico N° 4



Fuente: Departamento de estadística del HBSCJ
Elaborado por: Yomira Giraldo – July Gomez

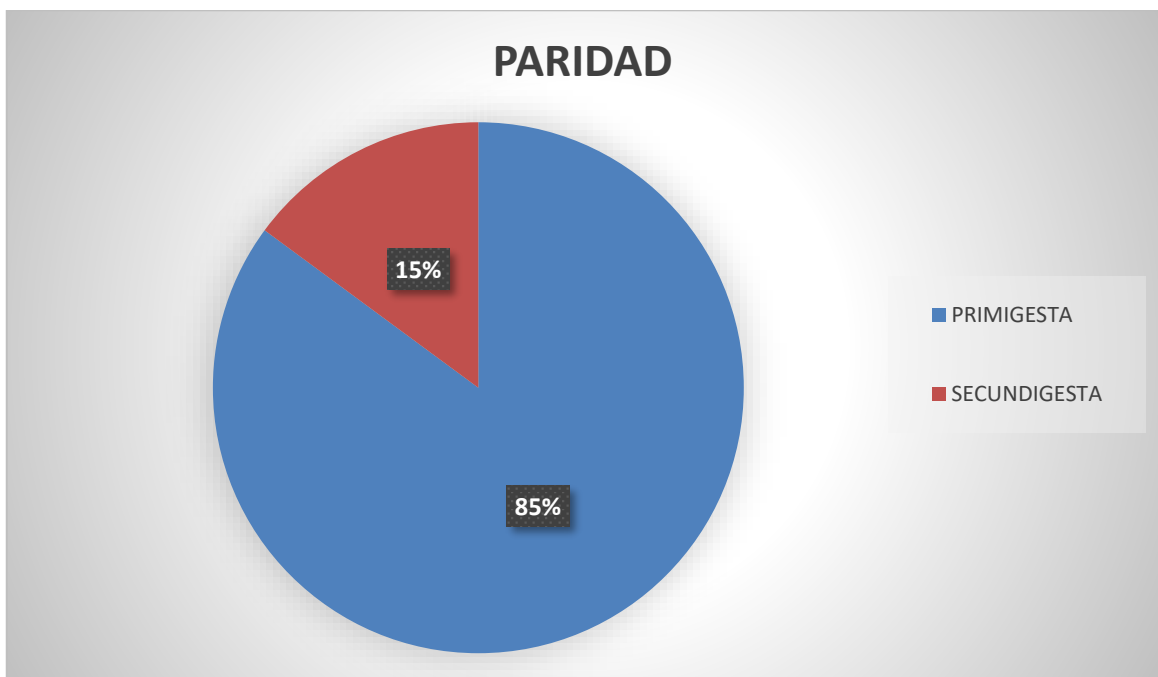
Análisis: Según los datos registrados las adolescentes que más presentaron amenaza de parto pretermino en su embarazo, son 29 casos que solo se habían realizado 5 controles, los cuales son insuficientes.

Tabla N° 5

Distribución según la paridad de la Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino atendidas en el HBSCJ de la ciudad de Quevedo de Enero – Junio 2019

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	80	85%
SECUNDIGESTA	14	15%

Gráfico N° 5



Fuente: Departamento de estadística del HBSCJ
Elaborado por: Yomira Giraldo – July Gómez

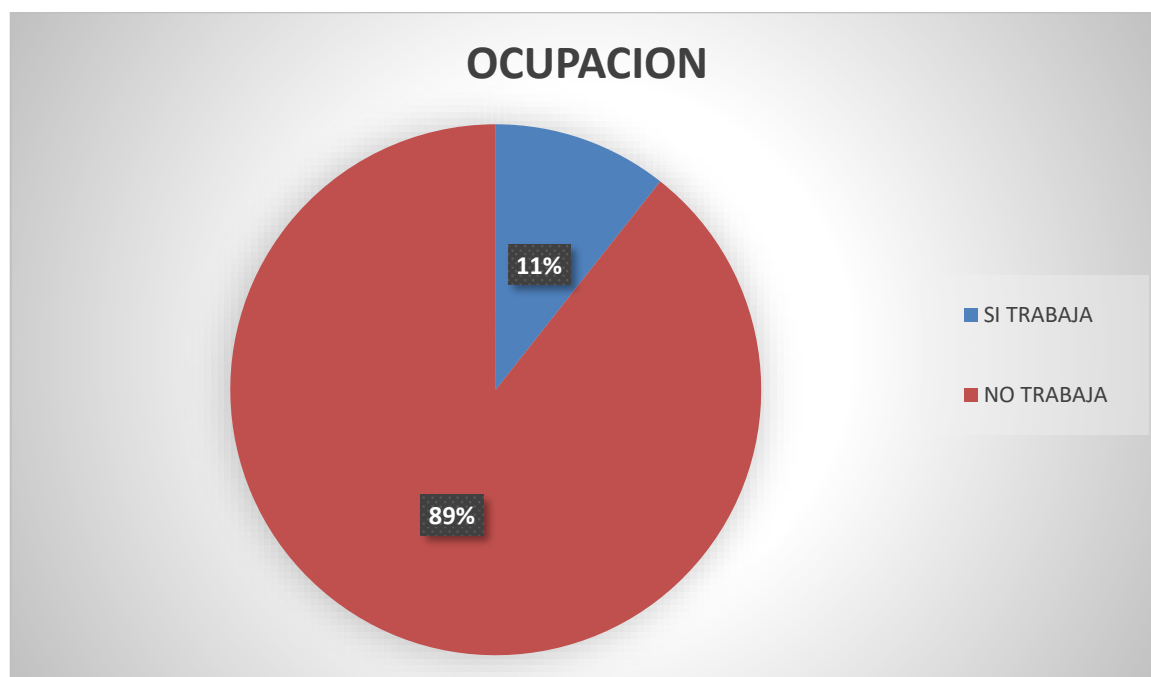
Análisis: Según las variables estudiadas, influye de manera directa la paridad de la adolescente, ya que un primer embarazo será incierto tanto la manera de cómo cuidar de ella y de su bebe, aumentando así las probabilidades de presentar amenaza de parto pretermino.

Tabla N° 6

Distribución según la ocupación de la Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino atendidas en el HBSCJ de la ciudad de Quevedo de Enero – Junio 2019

TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	11%
NO	84	89%

Grafico N° 6



Fuente: Departamento de estadística del HBSCJ
Elaborado por: Yomira Giraldo – July Gómez

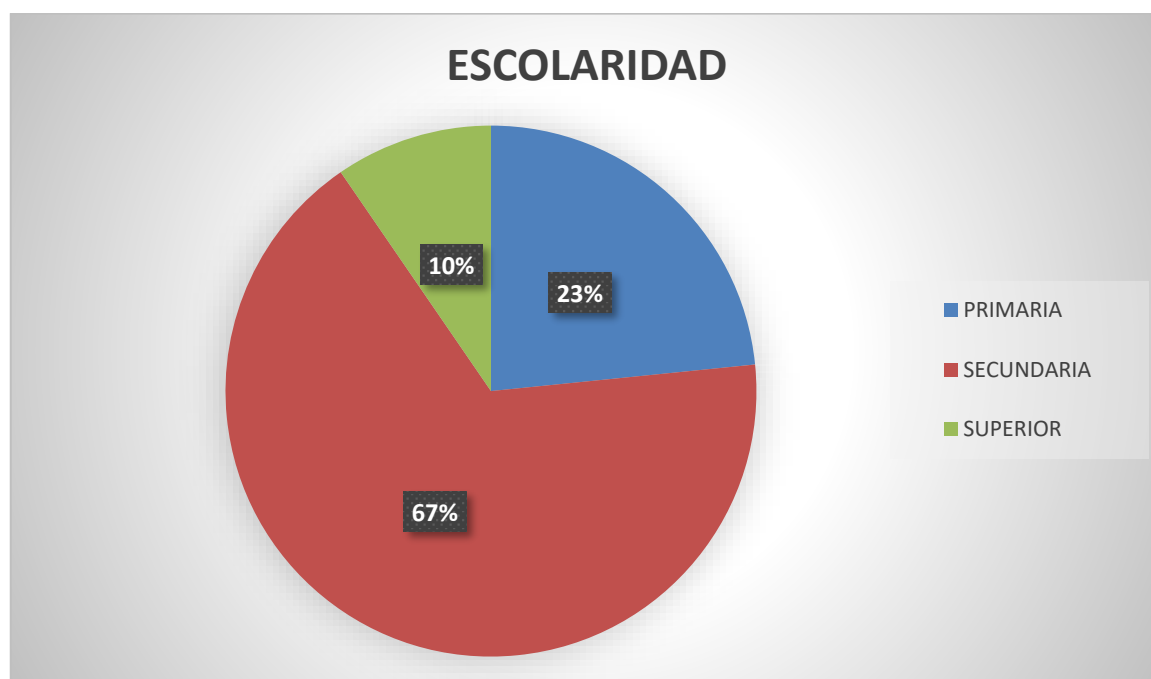
Análisis: En esta variable podemos observar que la mayor parte de las adolescentes, pertenece a la población económicamente inactiva, y de esta manera eleva los índices de pobreza y desempleo en el Ecuador.

Tabla N° 7

Distribución según el nivel de educación de las Adolescentes con Amenaza de Parto Pretermino atendidas en el HBSCJ de la ciudad de Quevedo de Enero – Junio 2019

NIVEL DE EDUCACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	22	23%
SECUNDARIA	63	67%
SUPERIOR	9	10%

Grafico N° 7



Fuente: Departamento de estadística del HBSCJ
Elaborado por: Yomira Giraldo – July Gomez

Análisis: Esta variable influye ya que, según estudios en la secundaria, es en donde más las adolescentes tienen relaciones coitales con gran libertad y menos responsabilidad, aumentando de esta manera los índices de abortos clandestinos y embarazos no deseados.

4.2 CONCLUSION

En este trabajo de investigación de la edad como factor predisponente de amenaza de parto pretermino en las adolescentes atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús de Quevedo durante el periodo enero – junio del 2019, se dedujo que: la inmadurez tanto psicológica como social del adolescente, el nivel de escolaridad, las oferta laboral, la procedencia, el número de controles, la paridad, son factores predisponentes y de gran importancia que se deben tener en cuenta al momento de iniciar una discusión sobre la alta tasa de incidencia de embarazos adolescentes con amenaza de parto pretermino que se presenta, y de esta manera elevan los índices de morbimortalidad materno neonatal que existe.

En esta investigación se comprueba que la etapa en la que más embarazos en la adolescencia se presentaron con amenaza de parto pretermino fue en la adolescencia media según la clasificación de la OMS teniendo el mayor índice los 16 años con 27 casos.

Se determinó que el embarazo en la adolescencia es un trabajo en conjunto, para el adolescente, la familia, el personal de salud y el estado, como bien nos indican los análisis de las cifras de esta investigación, el desinterés y la desinformación, de las consecuencias de un embarazo en la adolescencia y la importancia de los controles prenatales, incrementando así los riesgos de presentar amenaza de parto pretermino.

Datos estadísticos como estos nos obligan a pensar en la necesidad de un nuevo perfil para la educación sexual que se da en los colegios y hogares, para la oferta de anticonceptivos, y en un cambio en los controles prenatales inclinado a todas aquellas adolescentes en los cuales su inseguridad en el modo de pensar representa una gestación amenazada.

4.3 RECOMENDACIONES

A la Universidad Técnica de Babahoyo

Ofrecer mayor apoyo tecnológico, económico, y humanístico; para mejorar las propuestas de salud de las diferentes carreras, para que de esta manera se trabaje en conjunto y halla mejores resultados en las carreras de la salud.

Al Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús

Incrementar y ejecutar programas, con todas las áreas de salud: para realizar campañas de capacitación e identificación de las cifras de adolescentes embarazadas con amenaza de parto pretermino y de los riesgos que de la misma.

Al Personal de Salud

Que inculquen ideas positivas y eduquen de la mejor manera a cada adolescente embarazada que se presente en su camino, y oferten anticonceptivos aquella adolescente que aún no esté embarazada.

Al MSP – OMS – ESTADO

Que incrementen la salud sexual y reproductiva como diferentes programas tanto para centros de salud, como para colegios, que den capacitaciones de oferta de anticonceptivos, complicaciones de embarazos adolescentes, complicaciones de amenaza de parto pretermino, y cifras de morbilidad materno-neonatal por dichos casos.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORIA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

Programas de prevención orientada a disminuir la amenaza de parto pretermino y las complicaciones maternas fetales en todas las adolescentes que ingresen al Hospital Basico Sagrado Corazón de Jesús

5.2 Antecedentes

El embarazo en cualquier etapa de la adolescencia altera la dinámica familiar porque, generalmente, no es planeado y tiene repercusiones importantes en la vida personal de la adolescente y en su entorno social. Se asocia con mayor riesgo de amenaza de parto pretermino (Panduro BJG, 2012)

Se ha observado que la adolescente embarazada recibe menor control prenatal, menos de cinco consultas. Por ello en el embarazo en Adolescentes se incrementa 2.5 veces más el riesgo de sufrir una amenaza de parto pretermino o culminar en un producto pretérmino (Arturo García-Salgado, 2017)

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo (Vázquez Márquez, 2001)

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 (Drs. Riscarle Manrique, 2008)

5.3 Justificación

En la investigación realizada se demostró que la etapa en la que más embarazos adolescentes con amenaza de parto pretermino se presenta es la media con un 59%, teniendo la mayor incidencia la edad de 16 años con 27 casos, motivo por el cual es necesario incrementar las investigaciones cualitativas en dicha etapa, para establecer cuál es el factor determinante de esta problemática de salud.

La amenaza de parto pretermino, es un riesgo obstétrico peligroso, más aún si es en un embarazo adolescente, debido a la inmadurez psicosocial del mismo; por ello, la propuesta de esta investigación es buscar y encontrar el factor que más influye, para de esta manera mediante estrategias para combatir dicho factor y disminuir los índices de embarazos en la adolescencia con embarazos de partos pretermino en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús.

Como futuros profesionales de la salud en el área de obstetricia, deberíamos tener la sensatez, de orientar a las embarazadas adecuadamente durante su embarazo, con el compromiso a disminuir los embarazos en las adolescentes y sus complicaciones, y de esta manera enseñarles a identificar signos y síntomas de alarma de las diferentes patologías, para erradicar los índices de morbimortalidad materno y neonatal.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo general

Disminuir las complicaciones materno – fetales a causa de la amenaza de parto pretermino, mediante la identificación de signos y síntomas en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Establecer cuál es el factor que más influye para que se presente amenaza de parto pretermino en las adolescentes que serán atendidas en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo.
- Educar a las embarazadas adolescentes que sean atendidas tanto en centros de salud, como en áreas del Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús Quevedo, para que puedan identificar los signos y síntomas de una amenaza de parto pretermino.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

5.5.1 Estructura general de la propuesta

La propuesta está enfocada en estudiar las historias clínicas para determinar cuál es el factor que más influye para que se presente la amenaza de parto pre termino en la adolescencia media y cada uno de los factores que van relacionados, como la paridad; escolaridad, procedencia, número de controles prenatales, ofertas laborales, semanas de gestación.

Una vez que se tiene identificado cual es el factor que más relación tiene con la amenaza de parto pretermino en la adolescencia media, se pretende educar a la población afectada de cuáles son los signos y síntomas de presentar amenaza de parto pretermino, utilizando una de las estrategias del ministerio de salud pública, llamada ‘‘Puerta a Puerta Por Un Ecuador Sin Muertes Maternas’’

Se deberá evaluar a las gestantes luego de las charlas, mediante preguntas características y determinantes, que nos muestren el nivel de conocimientos que adquirió la paciente con las charlas educativas, y de esta manera enfatizar en aquellas inquietudes que no hayan quedado claras, y reducir con los resultados de la propuesta antes formulada, los índices de morbimortalidad materno – neonatal.

5.5.2 Componentes

ESTRATEGIAS	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Charlas educativas ✚ Evaluación a las gestantes 	<p>Función:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento</p> <p>Hacer énfasis en los temas que no hallan quedado claros</p>
RECURSOS HUMANOS	<p>Ejecutores de la propuesta</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Ginecólogos ✚ Obstetrices ✚ Enfermeras 	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Determinar el factor que mas influye en presentar APP ✚ Elaborar guía de trabajo para charlas educativas referentes al tema.
RECURSOS MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Investigaciones previas ✚ Tesis ✚ Rotuladores ✚ Artículos científicos 	<p>Función:</p> <p>Facilitar los procesos de las charlas educativas y aprendizaje de las embarazadas</p>
RECURSOS ECONOMICOS	<p>Autogestión personal</p>	<p>Función:</p> <p>Proveer los recursos que el investigador necesite.</p>

Elaborado por: Yomira Giraldo - July Gómez

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

La amenaza de parto pretermino en las adolescentes es una complicación que en la última década ha aumentado de manera considerable, la mejor forma de combatir este problema de salud pública es estudiando las historias clínicas para poder identificar cual es el factor que más influye en la etapa media de la adolescencia, esperando obtener los siguientes resultados:

Identificar el factor que más influye en la etapa media de la adolescencia y la incidencia de amenaza de parto pretermino que se presenta en la misma y de esta manera educar la población más afectada, reduciendo el índice de morbilidad materno – neonatal que existe.

Encaminar la propuesta a todo el personal de salud, pertenecientes al ministerio de salud pública, a nivel nacional; así como también a los colegas especializados en la rama de Gineco-obstetricia a nivel internacional y juntos combatir este problema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

6. Bibliografía

- Arturo García-Salgado, S. S.-C.-A. (2017). Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Rev Hosp Jua Mex*, 7.
- Chacón O’Farril, D. C. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 8.
- COMERCIO, E. (12 de MAYO de 2018). Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. *EL COMERCIO*, pág. 1 .
- Condori, W. P. (2011). *Obstetricia Clínica I. Peru* : Gaviota Azul Editores .
- Couto Núñez, D. N. (2016). Corioamnionitis y parto pretérmino: resultados perinatales en un trienio. *MEDISAN*, 20(12), 2488-2494., 6.
- Dra. Ingrid Di Marco, D. I. (2015). RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO, ATENCION DE PARTO PRETERMINO ESPONTANEO Y ROPTURA PREMATURA DE MENBRANAS . *MINISTERIO DE SALUD* , 68.
- Drs. Riscarle Manrique, A. R. (2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez 2008*, 6.
- EL COMERCIO. (12 de MAYO de 2018). *EL COMERCIO*. Recuperado el 03 de ENERO de 2020, de Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>
- Gabriela Quirós González, R. A. (2015). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 6.
- Gaete, V. (. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 7.
- Graciela Alejandra Martínez-Cancino, (. J.-Z.-V. (2018). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *SALUD EN TABASCO Vol. 23, No. 1 y 2*, 6.
- Graciela Martínez, J. D. (2017). *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes*. Mexico: 23(1-2),13-18.

- Huertas Tacchino, E. (. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 6.
- Laterra, C. &. (2003). Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, .
- Mendoza Tascón, L. A. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. . *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 10.
- Mendoza Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 12.
- Morales, B. (2012). Embarazo en adolescentes. *Revista Electrónica Medicina, Salud y sociedad* , 2.
- Ochoa, A. &. (2009). Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 14.
- OMS. (23 de FEBRERO de 2018). ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado el 03 de ENERO de 2020, de El embarazo en la adolescencia: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (19 de FEBRERO de 2018). ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado el 09 de ENERO de 2020, de Nacimientos prematuros: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Panduro BJJ, J. C. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Revista Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 10.
- Pohlmann, F. C. (2016). Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. . *Enfermería Global*, 15(42), 11.
- PUBLICA FM. (17 de SEPTIEMBRE de 2018). PUBLICA NOTICIAS. Recuperado el 03 de ENERO de 2020, de Embarazo adolescente, un problema social en Ecuador: <https://www.publicafm.ec/noticias/ecuador/1/embarazo-adolescente-ecuador>
- Retureta Milán, S. R. (2015). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *MediSur*, 8.
- Riscarle Manrique, A. R. (2005). *Parto pretérmino en adolescentes*. venezuela: Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149.
- romero, t. v. (2013). el objetivo de la educacion sexual . *psicoterapeutas* , 1.

- Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán, S. O.-C. (2015). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 11.
- sinc, a. (2016). La pelvis femenina cambia con los años para facilitar el parto. *la ciencia es noticia*, 1.
- Tapia Martínez, H. J. (2012). Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México. *Enfermería universitaria*, 9(3), 7-14, 7.
- Torres, P. S. (2016). *factores de riesgo para amenaza de parto pretermino* . loja: 1. universo. (2 de mayo de 2012). mas de 15 millones d niños nacen prematuramente cada ño en el mundo . *el universo* , pág. 1.
- Vázquez Márquez, Á. G. (2001). Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(2), 6.
- winter. (2017). La sexualidad de los adolescentes. *Healthy Children Magazine*, 1.

Anexos

MATRIZ DE CONTINGENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
<p>¿Cuál es la edad que influye como factor predisponente de amenaza de parto pretérmino en las adolescente atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019?</p>	<p>Determinar la edad de la adolescencia que influye como factor predisponente en amenaza de parto pre término en adolescente atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019</p>	<p>La edad como factor predisponente en amenaza de parto pretermino en adolescentes.</p>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la frecuencia por edad de las adolescentes que presentaron amenaza de parto pretermino atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019? • ¿Cuáles son las semanas de gestación en las que se produce con mayor frecuencia la amenaza de parto pretermino en adolescentes atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019? 	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar a las adolescentes por rango de edad que presentaron amenaza de parto pretermino atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019. • Identificar las semanas de gestación que se produce con mayor frecuencia la amenaza de parto pretermino en adolescentes atendidas en el hospital básico sagrado corazón de Jesús Quevedo Enero – Junio 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> • La edad de las adolescentes es un factor predisponente para presentar amenaza de parto pretermino • La incidencia de amenaza de parto pretermino entre las 32 a 36 semanas de gestación es elevada en adolescentes

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

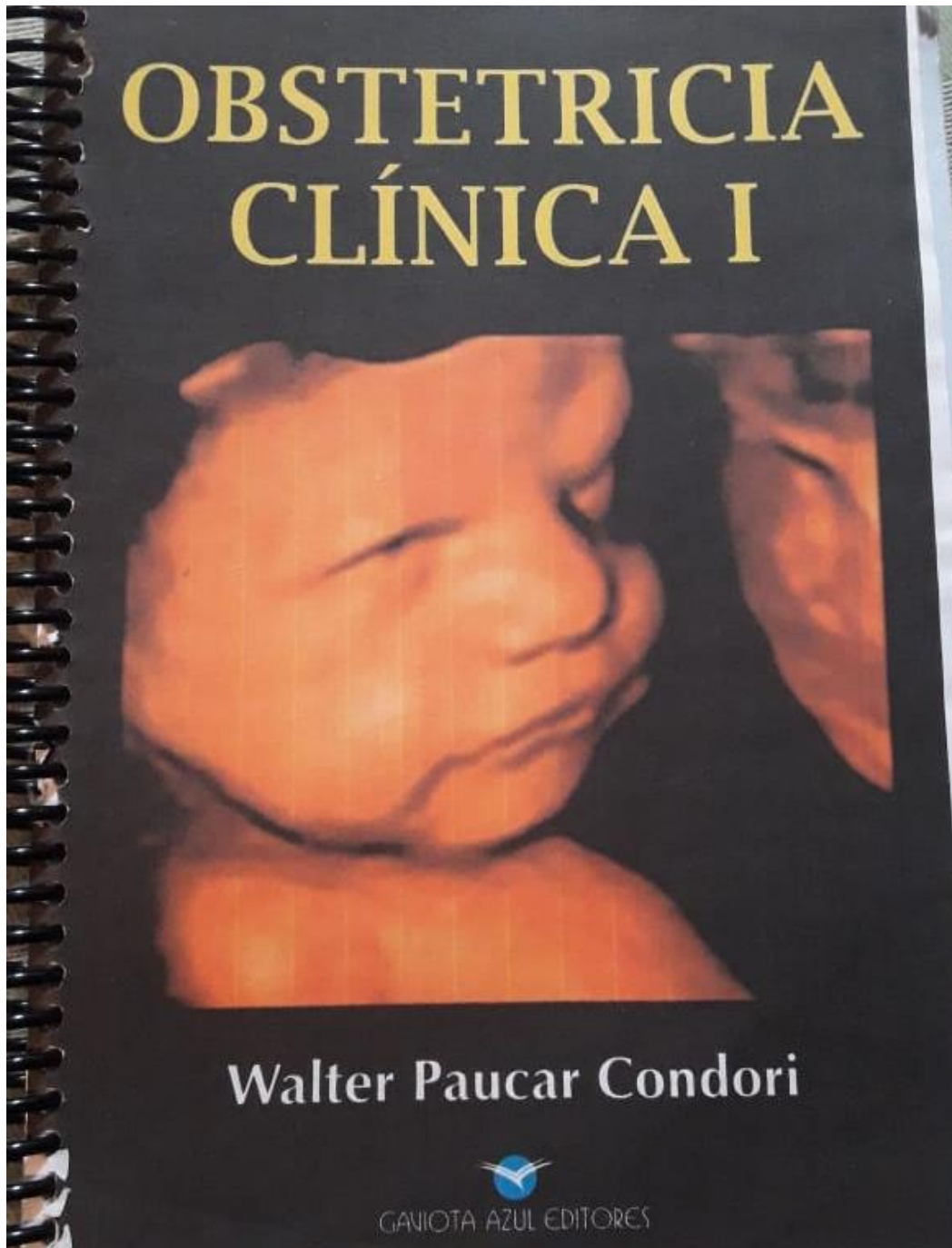
REGISTRO DE DATOS DE ESTADISTICOS

Numero	Código	Edad	Gestas		Procedencia		S. Gestación	N ^o C. Prenatal	Nivel educación			Trabaja		Ant. APP		Estado Civil		Etapa		
			Primigesta	Secundigest	Urbano	Rural			Primaria	Secundaria	Superior	Si	No	si	no	soltera	U. libre	Temprana	Media	Tardía
1	362114	13	1			1	29	3	1				1		1		1			
2	324809	17		1		1	36	5		1			1		1		1			1
3	362265	16	1		1		35	6		1			1		1		1		1	
4	336306	16	1			1	36	4		1			1		1		1		1	
5	355655	16	1		1		35	6		1			1		1		1		1	
6	358770	17	1		1		31	5		1		1		1	1					1
7	352369	17		1		1	34	5	1				1	1			1			1
8	362940	15	1		1		31	4		1			1		1		1		1	
9	363063	17	1			1	27	3		1			1		1		1			1
10	363195	16	1			1	36	6	1				1		1		1		1	
11	363261	17		1		1	36	5	1				1	1			1			1
12	363421	16	1		1		35	4		1			1		1		1		1	
13	363426	15	1			1	36	7		1			1		1		1		1	
14	334643	19	1		1		32	6					1		1		1			1

15	363836	12	1			1	29	3	1				1		1	1		1		
16	345508	18		1	1		34	5		1			1	1		1				1
17	363885	16	1		1		36	5	1				1	1		1		1		
18	363260	16	1		1		33	4		1			1	1		x		1		
19	363478	15	1			1	32	4		1			1	1	1			1		
20	365861	16	1		1		28	3	1				1	1	1			1		
21	366208	18	1		1		30	6		1			1	1		1				1
22	365477	15	1		1		32	5		1			1	1		1		1		
23	333945	16	1			1	34	5		1			1	1		1		1		
24	343345	14	1		1		35	4		1			1	1		1		1		
25	354685	19	1			1	36	7			1		1	1	1					1
26	363424	13	1			1	29	5		1			1	1	1			1		
27	334572	14	1			1	31	6		1			1	1		1		1		
28	345674	18	1		1		36	5			1		1	1		1				1
29	325115	15	1			1	34	5		1			1	1		1		1		
30	332984	16	1		1		35	4		1			1	1		1		1		
31	245748	15	1		1		34	6		1			1	1		1		1		
32	303425	17	1			1	28	4		1			1	1		1				1
33	290954	14	1		1		25	4	1				1	1	1			1		
34	312785	12	1			1	36	6	1				1	1		1		1		
35	345279	15	1			x	32	5		1			1	1		1		1		
36	543865	15	1			1	26	3		1			1	1		1		1		
37	348634	16	1		1		31	6	1				1	1	1			1		
38	349344	17		1	1		35	6		1		1		1		1				1
39	329678	16	1			1	36	5		1			1	1		1		1		
40	436769	19	1			1	27	4			1		1		1		1			1
41	345292	13	1			1	26	2	1				1	1	1			1		
42	338756	16	1		1		34	1		1		1		1		1		1		

43	308654	18	1			1	36	3		1		1		1		1		1
44	315609	19		1		1	35	6			1	1		1		1		1
45	321987	14	1			1	30	4	1			1		1		1		1
46	327645	18	1		1		33	5		1		1		1	1			1
47	324806	12	1		1		27	2	1			1		1		1	1	
48	324832	15	1			1	27	1		1		1		1		1		1
49	324805	16	1		1		35	6		1		1		1		1		1
50	324678	17		1		1	34	5		1		1		1		1		1
51	346954	13	1			1	30	5	1			1		1		1	1	
52	354956	17	1			1	35	5		1		1		1		1		1
53	395756	15	1			1	36	7		1		1		1		1		1
54	345678	16		1	1		36	6		1		1		1		1		1
55	465495	16	1			1	35	4		1		1		1		1		1
56	397578	13	1			1	34	5	1			1		1	1		1	
57	374558	15	1		1		32	4		1		1		1		1		1
58	385669	18		1			26	1			1		1		1			1
59	385956	19	1		1		36	5	1			1		1	1			1
60	426489	15	1			1	31	4		1		1		1		1	1	
61	349789	16	1			1	35	5		1		1		1		1		1
62	358678	14	1			1	36	7		1		1		1		1		1
63	397534	15	1		1		33	5	1			1		1		x		1
64	543578	15	1			1	34	7	1			1		1	1			1
65	379578	18		1		1	35	6			1		1		1			1
66	534689	19	1			1	31	6			1	1		1		1		1
67	567897	16	1			x	30	5		1		1		1	1			1
68	356557	13	1			1	36	7		1		1		1		1	1	
69	356788	17	1		1		27	5		1		1		1		1		1
70	356798	16		1	1		35	5		1		1		1		1		1

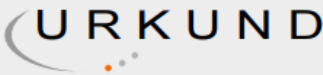
71	238459	13	1			1	31	6		1			1		1	1						
72	364956	16	1			1	35	6		1			1		1		1					
73	439284	15	1			1	35	5	1				1		1		1					
74	354859	15	1		1		36	6		1			1		1	1		1				
75	485964	15	1		1		34	4		1			1		1		1					
76	385976	16	1			1	36	3		1			1		1		1					
77	359756	14	1			1	30	5		1			1		1		1					
78	296478	16	1		1		32	4	1				1		1	1		1				
79	595643	16	1			1	35	4		1			1		1	1		1				
80	279536	15	1		1		30	4		1			1		1		1					
81	549873	16	1			1	34	4		1			1		1		1					
82	674945	14	1			1	33	5	1				1		1		1					
83	347845	15	1		1		34	8		1			1		1		1					
84	349675	15	1		1		33	6		1			1		1		1					
85	487612	15	1			1	30	6		1			1		1	1		1				
86	389567	16	1			1	27	5		1			1		1		1					
87	439678	17		1		1	36	7		1			1		1			1				
88	468954	17	1			1	35	6		1			1		1			1				
89	385690	16	1			1	34	5		1			1		1			1				
90	456876	19	1		1		34	6		1			1		1			1				
91	549350	16	1		1		36	7		1			1		1	1		1				
92	358405	19		1		1	36	6			1	1			1			1				
93	385485	19		1		1	35	6		1			1		1			1				
94	348567	15	1			1	35	6	1				1		1			1				
Sub. Total			80	14		37	57			22		63	9	10	84	4	90	24	70	10	56	28
TOTAL			94	94		94				94			94	94		94			94			94



ANEXO N° 3



ANEXO N° 4

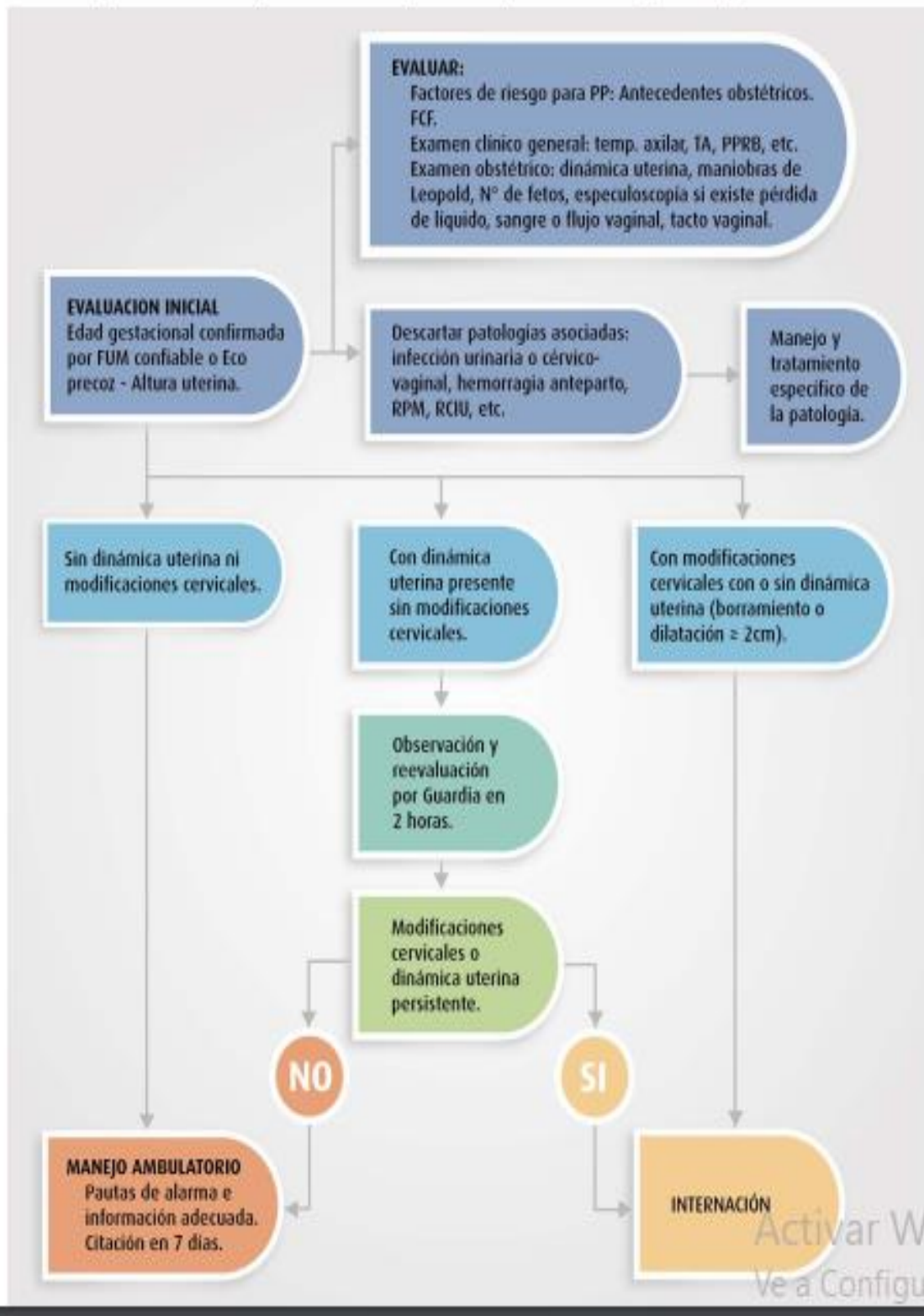


Urkund Analysis Result

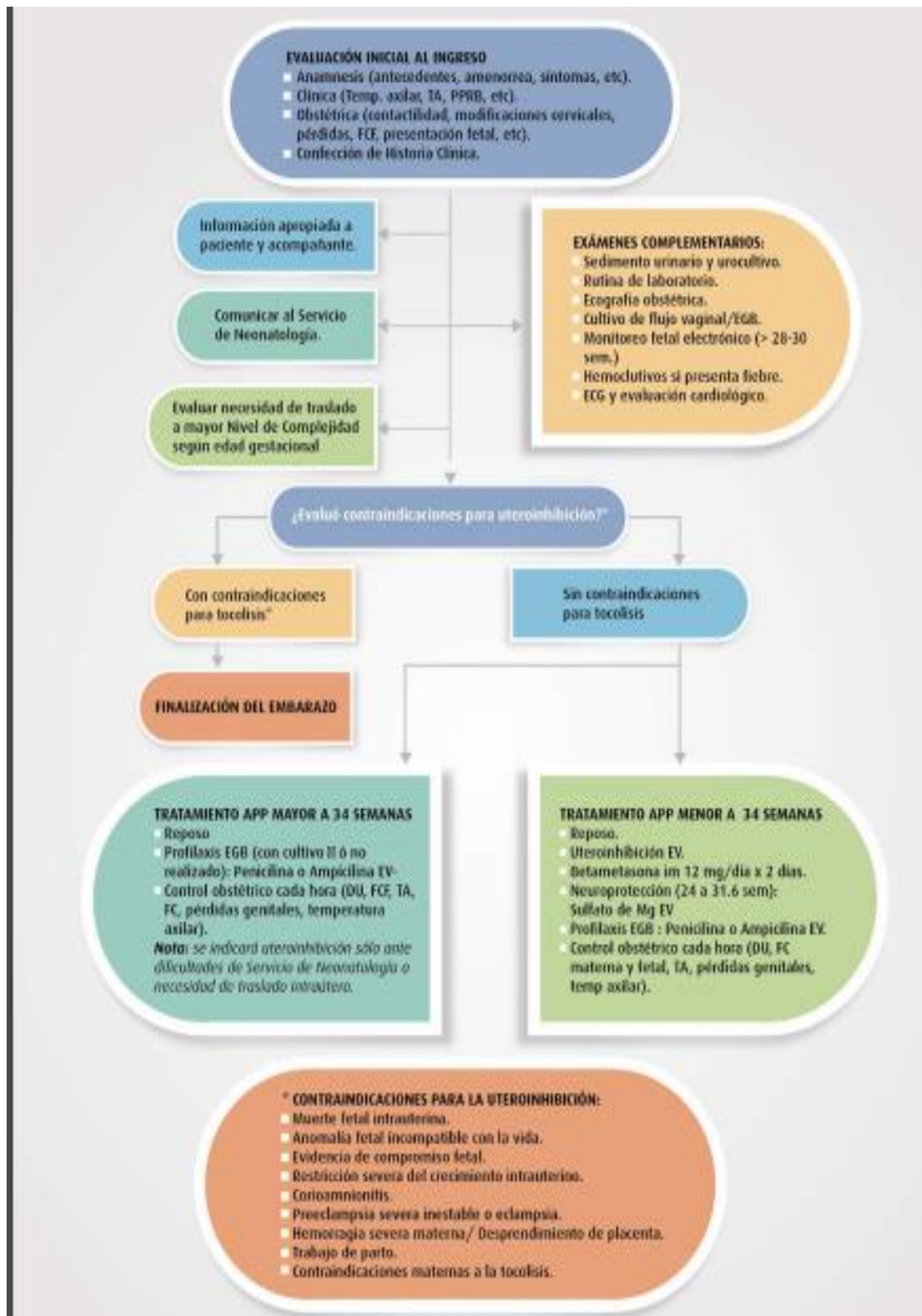
Analysed Document:	tesis final.docx (D63721628)
Submitted:	2/11/2020 12:18:00 AM
Submitted By:	yomirita1004@hotmail.com
Significance:	8 %

Sources included in the report:

ANEXO N° 5



ANEXO N° 6



ANEXO N° 7

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1 Matriz de contingencia

ANEXO N° 2 Hoja de datos de Excel con variables de estudio

ANEXO N° 3 Libro de obstetricia clínica I de Walter Paucar

ANEXO N° 4 Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús

ANEXO N° 5 Reporte de URKUND

ANEXO N° 6 Algoritmo de conducta ante gestante que acude a consulta con síntomas compatible con APP

ANEXO N° 7 Algoritmo de tratamiento ante gestante con APP

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 Etapa de la adolescencia, con mayor índice de amenaza de parto pretermino

TABLA N° 2 Procedencia de la adolescente

TABLA N° 3 Semanas de gestación en la que se presentó la amenaza de parto pretermino

TABLA N° 4 Número de controles prenatales realizados durante la gestación

TABLA N° 5 Paridad de la adolescente

TABLA N° 6 Ocupación de la adolescente

TABLA N° 7 Nivel de escolaridad de la adolescente

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1 Etapa de la adolescencia, con mayor índice de amenaza de parto pretermino

GRAFICO N° 2 Procedencia de la adolescente

GRAFICO N° 3 Semanas de gestación en la que se presentó la amenaza de parto pretermino

GRAFICO N° 4 Número de controles prenatales realizados durante la gestación

GRAFICO N° 5 Paridad de la adolescente

GRAFICO N° 6 Ocupación de la adolescente

GRAFICO N° 7 Nivel de escolaridad de la adolescente