



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES MATERNOS QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO  
PRETÉRMINO EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL  
CENTRO DE MATERNIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN  
EL MES NOVIEMBRE 2012 - ABRIL DEL 2013”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Recalde Bermeo, Manuel Ricardo

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Ambato – Ecuador

Junio 2014

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“FACTORES MATERNOS QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL CENTRO DE MATERNIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL MES NOVIEMBRE 2012 - ABRIL DEL 2013”** de Manuel Ricardo Recalde Bermeo estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2013

EL TUTOR

.....  
Dr. Byron Mena

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“FACTORES MATERNOS QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL CENTRO DE MATERNIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN MES NOVIEMBRE 2012 - ABRIL DEL 2013”** de Manuel Ricardo Recalde Bermeo estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2013

EL AUTOR

---

Manuel Ricardo Recalde Bermeo

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Enero del 2013

EL AUTOR

---

Manuel Ricardo Recalde Bermeo

## APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“FACTORES MATERNOS QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL CENTRO DE MATERNIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL MES NOVIEMBRE 2012 - ABRIL DEL 2013”** de Manuel Ricardo Recalde Bermeo, estudiante de la Carrera de Medicina

Ambato, Junio 2014

Para constancia firman

.....

Dr.  
Presidente/a

.....

Dr.  
1<sup>er</sup> Vocal

.....

Dr.  
2<sup>do</sup> Vocal

## **Dedicatoria**

*Esta tesis va dedicada a personas que han sido la fuente de inspiración en el largo camino transitado y sin su valioso apoyo este trabajo no hubiere sido posible:*

*A toda mi familia a quienes debo el núcleo emocional, brindándome el apoyo y sabiduría para afrontar los caminos de la vida*

*“La virtud es una especie de salud, de belleza y de buenas costumbres del alma”*

*PLATÓN*

*“La virtud, como el arte, se consagra constantemente a lo que es difícil de hacer, y cuanto más dura es la tarea, más brillante es el éxito”*

*PLATÓN*

*Manuel Recalde*

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por haber abierto el camino en mi vida para que pueda culminar mi carrera de Medicina.

A mi familia a todos y cada uno de ellos quienes han llenado mi vida, a quienes llevo y llevare siempre en mi corazón.

*Manuel Recalde*

## ÍNDICE CONTENIDOS

### PÁGINAS PRELIMINARES

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| PORTADA                          | i     |
| APROBACIÓN DEL TUTOR             | ii    |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO     | iii   |
| DERECHOS DE AUTOR                | iv    |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR | v     |
| DEDICATORIA                      | vi    |
| AGRADECIMIENTO                   | vii   |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS             | viii  |
| ÍNDICE DE TABLAS                 | xi    |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS               | xiv   |
| GLOSARIO DE TÉRMINOS             | xvi   |
| RESUMEN                          | xvii  |
| ABSTRACT                         | xviii |
| INTRODUCCIÓN                     | 1     |

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

|  |   |
|--|---|
| 1.1 TEMA   | 2 |
| 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA                   | 2 |
| 1.2.1 MACROCONTEXTUALIZACIÓN                     | 2 |
| 1.2.2 MESOCONTEXTUALIZACIÓN                      | 3 |
| 1.2.3 MICROCONTEXTUALIZACIÓN                     | 4 |
| 1.2.4 ÁRBOL DE PROBLEMAS                         | 6 |
| 1.2.5 ANÁLISIS CRÍTICO                           | 7 |
| 1.2.6 PROGNOSIS                                  | 7 |
| 1.2.7 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA                   | 8 |
| 1.2.8 PREGUNTAS DIRECTRICES                      | 9 |
| 1.2.9 DELIMITACIÓN DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN | 9 |
| 1.2.9.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA                | 9 |
| 1.2.9.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL                    | 9 |

|  |    |
|--|----|
| 1.2.9.3 DELIMITACIÓN ESPACIAL DEL PROBLEMA | 9  |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN                          | 10 |
| 1.4 OBJETIVOS                              | 11 |
| 1.4.1 OBJETIVO GENERAL                     | 11 |
| 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS                | 11 |

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS | 40 |
| 2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA   | 42 |
| 2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL        | 43 |
| 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES    | 46 |
| 2.4.1 RED DE CATEGORÍAS         | 46 |
| 2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES       | 49 |
| 2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES   | 49 |

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

|  |    |
|--|----|
| 3.1 ENFOQUE                              | 50 |
| 3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN | 50 |
| 3.3 NIVELES DE LA INVESTIGACIÓN          | 51 |
| 3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA                  | 51 |
| 3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN             | 52 |
| 3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN             | 52 |
| 3.4.3 MUESTRA                            | 52 |
| 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES      | 54 |
| 3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE             | 54 |
| 3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE               | 56 |
| 3.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN            | 57 |
| 3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN   | 58 |
| 3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN      | 58 |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| <b>CAPÍTULO IV</b>                    |     |
| <b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>         |     |
| 4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS            | 60  |
| 4.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS           | 60  |
| 4.2.1 DATOS OBTENIDOS                 | 60  |
| 4.3 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS        | 94  |
| <br>                                  |     |
| <b>CAPÍTULO V</b>                     |     |
| <b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> |     |
| 5.1 CONCLUSIONES                      | 105 |
| 5.2 RECOMENDACIONES                   | 105 |
| <br>                                  |     |
| <b>CAPÍTULO VI</b>                    |     |
| <b>PROPUESTA</b>                      |     |
| 6.1 TEMA                              | 107 |
| 6.2 INTRODUCCIÓN                      | 108 |
| 6.3 ANTECEDENTES                      | 109 |
| 6.4 JUSTIFICACIÓN                     | 110 |
| 6.5 OBJETIVOS                         | 110 |
| 6.5.1 OBJETIVO GENERAL                | 110 |
| 6.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS           | 110 |
| 6.6 UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA      | 111 |
| 6.7 SOPORTES TEÓRICOS DE LA PROPUESTA | 112 |
| 6.8 DESARROLLO DE LA PROPUESTA        | 137 |
| 6.9 CONCLUSIONES                      | 141 |
| 7.1 RECOMENDACIONES                   | 141 |
| ANEXOS                                | 143 |
| BIBLIOGRAFÍA                          | 146 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| TABLA N° 1 – FACTORES DE RIESGOS   | 16 |
| TABLA N° 2 – PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO<br>PRETÉRMINO  | 38 |
| TABLA N° 3 – POBLACIÓN   | 52 |
| TABLA N° 4 – OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE<br>INDEPENDIENTE – FACTORES MATERNOS QUE INCIDEN EN LA APP                | 54 |
| TABLA N° 5 – OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE<br>DEPENDIENTE – AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES<br>ADOLESCENTES | 56 |
| TABLA N° 6 – PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS  | 58 |
| TABLA N° 7 – EDAD MATERNA  | 61 |
| TABLA N° 8 – NIVEL DE INSTRUCCIÓN  | 62 |
| TABLA N° 9 – RESIDENCIA  | 63 |
| TABLA N° 10 – ESTADO CIVIL   | 64 |
| TABLA N° 11 – OCUPACIÓN  | 65 |
| TABLA N° 12 – INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA   | 66 |
| TABLA N° 13 – PARIDAD  | 67 |
| TABLA N° 14 – NÚMERO DE GESTAS   | 68 |
| TABLA N° 15 – ABORTOS  | 70 |
| TABLA N° 16 – TIPOS DE ABORTO  | 70 |
| TABLA N° 17 – CESÁREA  | 72 |
| TABLA N° 18 – CAUSAS DE CESÁREA  | 72 |
| TABLA N° 19 – USO DE ANTICONCEPTIVOS   | 74 |
| TABLA N° 20 – NÚMERO DE CONTROLES  | 76 |
| TABLA N° 21 – TALLA MATERNA  | 77 |
| TABLA N° 22 – PESO PRECONCEPCIONAL   | 78 |
| TABLA N° 23 – CONSUMO DE TABACO  | 79 |
| TABLA N° 24 – CONSUMO DE ALCOHOL   | 80 |
| TABLA N° 25 – CONSUMO DE DROGAS  | 81 |
| TABLA N° 26 – INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS  | 82 |
| TABLA N° 27 – VAGINOSIS  | 84 |
| TABLA N° 28 – PARTOS PREMATUROS  | 85 |

|   |     |
|---|-----|
| TABLA N° 29 – PREECLAMPSIA  | 86  |
| TABLA N° 30 – ECLAMPSIA   | 88  |
| TABLA N° 31 – HIPERTENSIÓN GESTACIONAL  | 89  |
| TABLA N° 32 – RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA   | 90  |
| TABLA N° 33 – AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO   | 91  |
| TABLA N° 34 – AMENAZA DE ABORTO   | 92  |
| TABLA N° 35 – FACTORES COADYUVANTES   | 93  |
| TABLA N° 36 – DATOS DE CONTINGENCIA – INICIO DE VIDA SEXUAL<br>ACTIVA VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO    | 94  |
| TABLA N° 37 – PRUEBAS DE CHI CUADRADO – INICIO DE VIDA<br>SEXUAL ACTIVA VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO  | 95  |
| TABLA N° 38 – DATOS DE CONTINGENCIA – TALLA MATERNA VS<br>AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO                   | 95  |
| TABLA N° 39 – PRUEBAS DE CHI CUADRADO – TALLA MATERNA VS<br>AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO                 | 96  |
| TABLA N° 40 – DATOS DE CONTINGENCIA – PESO PRECONCEPCIONAL<br>VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO            | 96  |
| TABLA N° 41 – PRUEBAS DE CHI CUADRADO – PESO<br>PRECONCEPCIONAL VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO          | 97  |
| TABLA N° 42 – DATOS DE CONTINGENCIA – INFECCIÓN DE VÍAS<br>URINARIAS VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO     | 97  |
| TABLA N° 43 – PRUEBAS DE CHI CUADRADO – INFECCIÓN DE VÍAS<br>URINARIAS VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO   | 98  |
| TABLA N° 44 – DATOS DE CONTINGENCIA – VAGINOSIS VS<br>AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO                       | 98  |
| TABLA N° 45 – PRUEBAS DE CHI CUADRADO – VAGINOSIS VS<br>AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO                     | 99  |
| TABLA N° 46 – DATOS DE CONTINGENCIA – RUPTURA PREMATURA<br>DE MEMBRANA VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO   | 99  |
| TABLA N° 47 – PRUEBAS DE CHI CUADRADO – RUPTURA<br>PREMATURA DE MEMBRANA VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO | 100 |
| TABLA N° 48 – DATOS DE CONTINGENCIA – EDAD MATERNA VS<br>AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO                    | 100 |

|   |     |
|---|-----|
| TABLA N° 49 – PRUEBAS DE CHI CUADRADO – EDAD MATERNA VS AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO | 101 |
| TABLA N° 50 – CAMPANA DE GAUSS – EDAD MATERNA                                       | 101 |
| TABLA N° 51 – CAMPANA DE GAUSS – INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA                       | 102 |
| TABLA N° 52 – CAMPANA DE GAUSS – NÚMERO DE CONTROLES                                | 103 |
| TABLA N° 53 – COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE                               | 127 |
| TABLA N° 54 – CONSEJERÍA EN SEXUALIDAD  | 136 |
| TABLA N° 55 – ACTIVIDADES A REALIZAR – DESARROLLO DE LA PROPUESTA                   | 138 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| GRÁFICO N° 1 – ÁRBOL DEL PROBLEMA  | 6  |
| GRÁFICO N° 2 – UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL<br>PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA | 10 |
| GRÁFICO N° 3 – RED DE CATEGORÍAS DE VARIABLE                                     | 46 |
| GRÁFICO N° 4 – VARIABLE INDEPENDIENTE – SUPRA ORDINACIÓN                         | 47 |
| GRÁFICO N° 5 – VARIABLE DEPENDIENTE – SUPRA ORDINACIÓN                           | 48 |
| GRÁFICO N° 6 – EDAD MATERNA  | 61 |
| GRÁFICO N° 7 – NIVEL DE INSTRUCCIÓN  | 62 |
| GRÁFICO N° 8 – RESIDENCIA  | 63 |
| GRÁFICO N° 9 – ESTADO CIVIL  | 65 |
| GRÁFICO N° 10 – OCUPACIÓN  | 66 |
| GRÁFICO N° 11 – INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA                                     | 67 |
| GRÁFICO N° 12 – PARIDAD  | 68 |
| GRÁFICO N° 13 – NÚMERO DE GESTAS   | 69 |
| GRÁFICO N° 14 – ABORTOS  | 70 |
| GRÁFICO N° 15 – TIPOS DE ABORTO  | 71 |
| GRÁFICO N° 16 – CESÁREA  | 72 |
| GRÁFICO N° 17 – CAUSAS DE CESÁREA  | 73 |
| GRÁFICO N° 18 – USO DE ANTICONCEPTIVOS   | 75 |
| GRÁFICO N° 19 – NÚMERO DE CONTROLES  | 77 |
| GRÁFICO N° 20 – TALLA MATERNA  | 78 |
| GRÁFICO N° 21 – PESO PRECONCEPCIONAL   | 79 |
| GRÁFICO N° 22 – CONSUMO DE TABACO  | 80 |
| GRÁFICO N° 23 – CONSUMO DE ALCOHOL   | 81 |
| GRÁFICO N° 24 – CONSUMO DE DROGAS  | 82 |
| GRÁFICO N° 25 – INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS                                      | 83 |
| GRÁFICO N° 26 – VAGINOSIS  | 84 |
| GRÁFICO N° 27 – PARTOS PREMATUROS  | 85 |
| GRÁFICO N° 28 – PREECLAMPSIA   | 86 |
| GRÁFICO N° 29 – ECLAMPSIA  | 88 |
| GRÁFICO N° 30 – HIPERTENSIÓN GESTACIONAL   | 89 |
| GRÁFICO N° 31 – RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA                                    | 90 |

|  |     |
|--|-----|
| GRÁFICO N° 32 – AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO  | 91  |
| GRÁFICO N° 33 – AMENAZA DE ABORTO            | 92  |
| GRÁFICO N° 34 – FACTORES COADYUVANTES        | 93  |
| GRÁFICO N° 35 – EDAD MATERNA                 | 102 |
| GRÁFICO N° 36 – INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA | 103 |
| GRÁFICO N° 37 – NÚMERO DE CONTROLES          | 104 |
| GRÁFICO N° 38 – UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA | 111 |
| GRÁFICO N° 39 – CARACTERÍSTICAS SEXUALES     | 122 |

## GLOSARIOS DE TÉRMINOS

**CLAP:** Centro Latinoamericano de Perinatología

**ENDES:** Encuesta Demográfica de Salud Familiar

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**RCIU:** Restricción Del Crecimiento Intrauterino

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**EG:** Edad Gestacional

**APP:** Amenaza de Parto Prematuro

**RMP:** Ruptura Prematura de Membranas

**IVU:** Infección de Vías Urinarias

**ADH:** Hormona Antidiurética

**AMPC:** Adenosin Monofosfato Cíclico

**FDA:** Administración de Drogas y Alimentos

**OCI:** Orificio-Cervical Interno

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

**FCF:** Frecuencia Cardíaca Fetal

**PCR:** Reacción en Cadena de Polimerasa

**DPPNI:** Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoinserta

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**END:** Embarazo no Deseado

**ENIPLA:** La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“FACTORES MATERNOS QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO  
PRETÉRMINO EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL  
CENTRO DE MATERNIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN  
EL MES NOVIEMBRE 2012 - ABRIL DEL 2013”**

**Autor:** Recalde Bermeo, Manuel Ricardo

**Tutor:** Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

**Fecha:** Junio 2014

**RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el conocer los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Noviembre 2012 - Abril 2013, la investigación en la que se basa la presente tesis va encaminada a la elaboración de una guía de prevención para disminuir los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes gestantes adolescentes.

El diseño de esta investigación estará enmarcado dentro de la modalidad de investigación documental y de campo, porque se determinará los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes. A través de la revisión de las historias clínicas en pacientes desde los 10 a los 19 años de edad.

La investigación es de tipo descriptivo retrospectivo, porque se pretende indagar la realidad sobre el problema investigado, para diseñar una guía preventiva como alternativa de solución.

El enfoque del estudio fue en términos cualitativos basado en una población integrada por 1943 pacientes, se excluyeron los registros mayores de 20 hasta los 35 años, quedando de esta manera un total de 130 pacientes con el diagnóstico por amenaza de parto pretérmino entre edades de 10 a 19 años.

Llegando a una conclusión después de los análisis de los resultados, se puede decir que las pacientes que presentan un inicio de la vida sexual activa a tempranas edades (17 años), una talla materna menor a 150cm, un peso preconcepcional menor 45kg, ruptura prematura de membranas, una edad materna entre los 14 a 15 años y un número de controles prenatales de 3 a 4, tienen una alta relación de dependencia con la amenaza de parto pretérmino, que aquellas pacientes que presentan el resto de factores investigadas.

**Palabras Clave:**

FACTORES\_ MATERNOS, PARTO\_ PRETÉRMINO, ADOLESCENTES,  
GESTACIÓN, MATERNIDAD

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**MEDICAL CAREER**

**"MATERNAL FACTORS AFFECTING THE preterm labor TEENAGERS IN  
PATIENTS ADMITTED TO THE CENTER OF MATERNITY SERVICE  
OBSTETRICS GYNECOLOGY-GENERAL HOSPITAL PROVINCIAL  
LATACUNGA IN THE MONTH NOVEMBER 2012 - APRIL 2013"**

**Author: Bermeo Recalde, Manuel Ricardo**

**Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron**

**Date: June 2014**

**SUMMARY**

This research work was to question the known maternal factors that influence preterm labor in adolescent patients admitted to the maternity ward of the department of gynecology and obstetrics of the Provincial General Hospital Latacunga in the period November 2012 - April 2013, the research on which this thesis is based it is aimed at developing a prevention guide to reduce maternal factors that influence the risk of preterm delivery in pregnant adolescent patients.

The design of this research will be framed in the form of documentary and field research, because maternal factors that influence the risk of preterm delivery in adolescent patients are determined. Through the review of medical records for patients from 10 to 19 years of age.

The research is descriptive retrospective, because it seeks to investigate the reality on the research problem to design a preventive guide as an alternative solution.

The focus of the study was to qualitatively based on a population comprised 1943 patients, older than 20 were excluded records up to 35 years, thus leaving a total of 130 patients with the diagnosis of preterm labor between ages 10 to 19 years.

Coming to a conclusion after analyzing the results, we can say that patients with an onset of sexual activity at an early age (17 years), lower to 150cm maternal height, lower prepregnancy weight 45kg, premature rupture of membranes, maternal age between 14 to 15 years and a number of prenatal controls 3-4, have a high dependency ratio with preterm labor, than those patients with other factors investigated.

Keywords:

MATERNAL\_FACTORS, PRETERM, TEENS, PREGNANCY, MATERNITY.

## INTRODUCCIÓN

La medicina ha tenido significativos avances con un gran impacto en la práctica diaria, sin embargo; a pesar de las grandes contribuciones a la ginecología y al conocimiento de los procesos reproductivos, el parto pretérmino continúa siendo uno de los problemas clínicos más importantes de la obstetricia moderna, asociado con mortalidad perinatal, morbilidad neonatal severa y con discapacidad infantil moderada a severa. (1)

El parto pretérmino es la principal causa de morbilidad perinatal a corto y largo plazo, así como de una parte considerable de la mortalidad neonatal por prematuridad relacionada con el nacimiento, los datos epidemiológicos señalan que entre el 8 al 10 % de todos los partos en el mundo se produce de forma prematura.(2)

El parto pretérmino se ha asociado a múltiples factores, entre ellos socioeconómicos y culturales, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas. (3)

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, siendo el embarazo una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal. (4)

Es por eso que se visualiza esta problemática, debido a su alta incidencia de partos pretérminos en embarazadas adolescentes y las consecuencias que esta problemática genera en el Sistema de Salud, razón por la cual se propuso determinar los factores maternos que inciden en amenaza de parto pretérmino en adolescentes en el Centro Maternidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Tema**

**“FACTORES MATERNOS QUE INCIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE INGRESAN AL CENTRO DE MATERNIDAD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL MES NOVIEMBRE 2012 - ABRIL DEL 2013”**

#### **1.2. Planteamiento del Problema**

##### **1.2.1 MACROCONTEXTUALIZACIÓN**

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica.<sup>(6)</sup>

En el mundo la incidencia del parto prematuro es cercana al 10% del total de nacimientos a nivel mundial, existiendo diferencias geográficas importantes. En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 5-6%.

La prevalencia del parto pretérmino para el CLAP, la incidencia supera el 10%. La frecuencia en EEUU, se ha mantenido estable en los últimos 15 años, en un 10%. <sup>(1)</sup>

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, dependiendo el riesgo de muerte o enfermedad de los prematuros; del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer. (5)

La prematurez menor de 32 semanas, que conlleva la mayor morbimortalidad neonatal y la mayor tasa de secuelas debe ser la que concentre nuestro mayor esfuerzo en lograr disminuirla. (5)

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad. (4)

La Organización Mundial de la Salud estima que el riesgo de mortalidad a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble para las mujeres entre 15 a 19 años que para las mujeres de 20 a 24 años. Para las adolescentes de 10 a 14 años, la tasa de mortalidad materna puede llegar a superar hasta cinco veces la de las mujeres embarazadas que tienen entre 20 a 24 años.(7)

En la actualidad y a escala mundial, el embarazo ocurre a edades más tempranas que en el pasado, como lo demuestran numerosos trabajos científicos. Según ENDES de Perú 2000, del total de adolescentes de 15 a 19 años cerca de 175 mil ya son madres o están embarazadas por primera vez, lo que equivale a un 13% de la población. (1)

### **1.2.2 MESOCONTEXTUALIZACIÓN**

En Colombia, el parto pretérmino tiene una mortalidad neonatal del 35% y constituye un problema de salud pública dada las consecuencias para la madre y el neonato; con un gasto importante en atención por parte de las entidades promotoras de servicios de salud. (1)

La actividad sexual temprana junto con el bajo rendimiento escolar suelen ocasionar según la OPS, mayores tasas de natalidad y exponen a las adolescentes a riesgos de quedar embarazadas. Así, un primer grupo de países de alta fecundidad por encima de 100 nacimientos de cada mil mujeres entre las edades de 12 a 19 años estarían

compuestos por Nicaragua, Honduras, Guatemala, El Salvador, República Dominicana, Jamaica y Belice.

En Cuba, las estadísticas recientes de la morbilidad por parto prematuro reportan una tasa media nacional de bajo peso en 8%, en Montevideo, Uruguay por igual característica, se reporta entre 6 y el 15%, mientras que en Medellín, Colombia se encontró una frecuencia del 9,5%.

Se hallaron resultados similares en el año 2001, de hecho, casi una tercera parte de las mujeres cuyos dos partos anteriores habían sido prematuros, volvieron a presentarlo; sin embargo, en caso de haber tenido un primer parto a término y un segundo parto prematuro, un 24% tuvieron en su tercer embarazo un parto prematuro.

Los indicadores de la salud reproductiva en los años 2005 – 2006, reflejan todavía situaciones críticas, debido a que Nicaragua representa la mayor proporción en la región de nacimientos por mil adolescentes para edades de 15 – 19 años, sus cifras se aproximan a duplicar la medida centroamericana con 152, seguido de Guatemala con 115.

Estudios efectuados en Perú durante el periodo Enero – Marzo del 2008, indican que los factores maternos vinculados más frecuentes son: la edad materna, intervalo corto entre partos, embarazo gemelar, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva durante la gestación, ruptura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo y embarazo en la adolescencia. <sup>(6)</sup>

### **1.2.3. MICROCONTEXTUALIZACIÓN**

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

elevadas como un 11, 33% en el 2006. <sup>(8)</sup>

Según las estadísticas del Servicio de Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga durante el año 2010, de las 503 adolescentes embarazadas atendidas, 383 llegaron a un embarazo a término, 53 adolescentes presentaron un embarazo pretérmino, 9 tuvieron un embarazo inmaduro, 42 sufrieron abortos, 16 llegaron a un postérmino, 108 adolescentes afrontaron diversas complicaciones como: 42 adolescentes sufrieron abortos, 25 preeclampsia, 12 retención de restos, 8 tuvieron parto prematuro, e infecciones de vías urinarias, 5 tuvieron óbito fetal, 3 condilomatosis, 2 embarazos molares, 2 partos domiciliarios, 1 eclampsia y 395 adolescentes no tuvieron ninguna complicación. <sup>(9)</sup>

### 1.2.4 Árbol del Problema

**EFEECTO**



Gráfico N° 1 – Árbol del Problema

### **1.2.5 Análisis Crítico**

La prematurez es un problema para el servicio de salud, inclusive en los países desarrollados. Es considerado como la primera causa de muerte perinatal.<sup>(6)</sup>

La adolescencia es un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se refleja en la esfera anatomofisiológica, social y cultural, en el caso de las madres adolescentes presentan una interrupción, en el proyecto educativo lo que surge a la necesidad de ingresar precozmente a un trabajo, generalmente mal remunerado. <sup>(10)</sup>

Merecen especial atención las consecuencias psicosociales del embarazo en adolescentes, como son la deserción escolar, pues se les obliga a retirarse del colegio; el abandono material y moral; el impacto emocional; la alteración en el clima socio familiar y las consecuencias en su potencial tanto formativo como de futuro ocupacional y los conflictos de responsabilidad en que se sumerge el adolescente.<sup>(1)</sup>

La inmadurez física que se presenta en la madre adolescente tiene un mayor riesgo para la morbilidad y mortalidad.<sup>(10)</sup>

Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir en relación con el parto, que las mujeres en los 20 años; aquellos por debajo de los 15 años de edad aumentan en cinco veces el riesgo.<sup>(10)</sup>

Los riesgos derivan de dos situaciones: una de tipo biológica y otra condicionada por varios factores psicosociales; en lo biológico los peligros están determinados por la inmadurez de las estructura pélvicas y del sistema reproductor general.<sup>(10)</sup>

Los factores psicosociales asociados a amenaza de parto pretérmino que hemos podido observar, tienen una implicancia socio- económica intrínseca. Muchos de ellos pueden ser prevenibles y en ciertos casos recuperables. <sup>(6)</sup>

### **1.2.6 Prognosis**

La Amenaza de Parto Pretérmino en adolescentes es una problemática que se observa a nivel mundial, con una alta incidencia en Latinoamérica.

A pesar de los esfuerzos para reducir el grave problema de salud pública que constituye el embarazo en adolescentes, éste sigue siendo un reto para el sistema de salud, las familias afectadas, el sistema educativo, y la sociedad en su conjunto; debido a que el embarazo y la maternidad en la adolescencia son factores de riesgo para pobres resultados médicos, educacionales y psicosociales para la joven madre y sus hijos.<sup>(1)</sup>

Con esta investigación se pretende establecer los factores maternos que inciden en Amenaza de Parto Prematuro que se presenta en las adolescentes. Se considera de gran importancia la determinación de los factores de riesgo que afectan a este grupo etario, para incidir en ellos y tratar de reducirlos y contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal en el Hospital Provincial General Latacunga, mejorando de esta forma la calidad del servicio de salud.

### **1.2.7 Formulación del Problema**

Del análisis crítico expresado en los interrogantes planteados, el cuestionamiento fundamental y factible de investigar es el siguiente:

¿Cuáles son los factores maternos que inciden en la amenaza de parto prematuro en pacientes adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el año 2012 - 2013?

**Variable Independiente:** Factores maternos en mujeres adolescentes.

**Variable Dependiente:** Amenaza de Parto Pretérmino.

### **1.2.8 Preguntas Directrices**

- ¿Cuáles son los principales Factores Maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes gestantes adolescentes que ingresan al Centro de Maternidad del Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el año 2012 - 2013?
- ¿Cuál es la frecuencia poblacional de las pacientes gestantes Adolescentes que presentan Factores Maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino?
- ¿De qué manera se puede prevenir los Factores Maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al Centro de Maternidad del Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el año 2012 - 2013?

### **1.2.9 Delimitación del Objeto de Investigación**

#### **1.2.9.1 Delimitación del problema**

- Campo: Medicina
- Área: Ginecología-Obstetricia
- Aspecto: Factores maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes gestantes adolescentes.

#### **1.2.9.2 Delimitación Temporal**

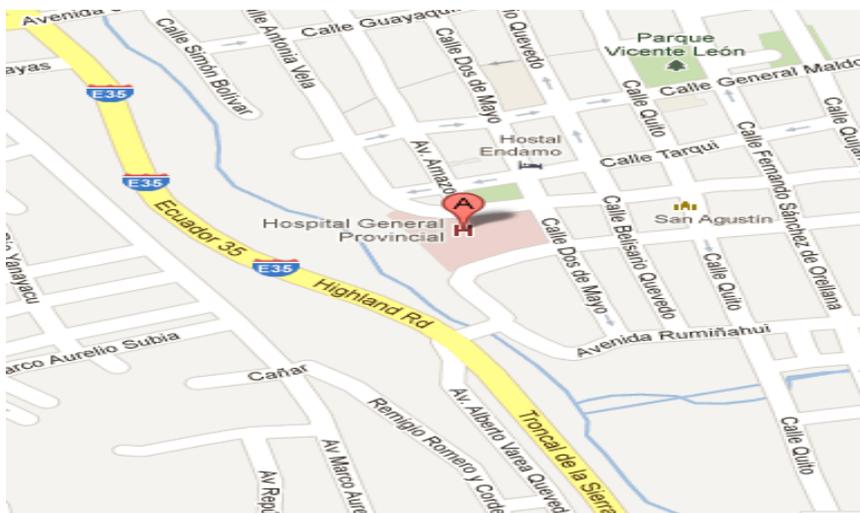
El período en el que se toma los datos para esta investigación durante el mes noviembre 2012 – abril del 2013.

#### **1.2.9.3 Delimitación Espacial del Problema**

En la ciudad Latacunga, en el Centro de Maternidad en el servicio de ginecología-obstétrica del Hospital Provincial General Latacunga, ubicada Calle Hermanas Páez y 2 de Mayo.

## GRÁFICO N° 2

### UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA



**Fuente:** Hospital Provincial General Latacunga; Map locator

### 1.3 Justificación

La amenaza de parto pretérmino en adolescentes es una gran problemática que genera secuelas a corto y largo plazo en cuanto a mortalidad, costos económicos y emocionales tanto en la sociedad como en los sistemas de salud.

Cada año se observa un incremento en el número de adolescentes embarazadas generando un impacto negativo sobre la adolescente en cuanto a problemas de índole médico, la falta de orientación en las jóvenes genera asistencia a los centros de salud presentando complicaciones de embarazo sin un debido control prenatal.

Por estas razones, es pertinente la necesidad de generar nuevas hipótesis etiológicas, guías de planificación familiar y efectuar una investigación enfocada en nuestra realidad local sobre los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino, dirigidas a minimizar la incidencia de embarazos en adolescentes y prevenir ésta clase de riesgo en las mismas.

El universo de estudio para el proyecto es amplio y diverso al efectuarse en una entidad médica de segundo nivel, los medios bibliográficos y sustentos teórico - investigativos con referencia al tema bajo la asesoría de profesionales cualificados, permitirán el análisis crítico y objetivo de los factores a determinar, siendo por cuanto viable su puesta en marcha.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Identificar los factores maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes gestantes Adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el año 2012 – 2013.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Analizar los principales Factores Maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes adolescentes.
- Determinar la frecuencia poblacional de las pacientes gestantes adolescentes que presentan Factores maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino.
- Realizar una guía para prevenir los Factores Maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **Fundamentación Teórica de las Variables Dependiente e Independiente**

La Organización Mundial de la Salud, considera nacido pretérmino: “Aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer”. Con un interés pronóstico se clasifica a los pretérmino, según las semanas de gestación en: moderado (33 – 36 semanas), muy pretérmino (28 – 32 semanas) y extremadamente pretérmino (< 28 semanas).<sup>(1)</sup>

El límite inferior de edad gestacional (EG) que establece el límite entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo con las OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla. <sup>(5)</sup>

La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido es por eso que el parto prematuro es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. La rotura prematura de membranas es la principal responsable de aproximadamente el 80% de los nacimientos prematuros; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales. <sup>(6)</sup>

**Parto pretérmino:** Nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación. Ocurre en 5 a 10% de embarazos. <sup>(13)</sup>

**Parto pretérmino inmaduro:** es el parto que ocurre entre las 22 y las 28 semanas de embarazo. Antes de las 22 semanas hablamos de aborto y no de parto. <sup>(6)</sup>

**Amenaza de parto pretérmino:** es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un periodo mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 80% o menos, y una dilatación igual o menor a 2 cm. (14)

**Trabajo de parto pretérmino:** dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm. También llamado parto pretérmino establecido cuando la dinámica uterina es mayor.(14)

Para un diagnóstico más adecuado y preciso se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractibilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mm de Hg permanentemente y la aparición de las contracciones de “Braxton-Hicks” de baja frecuencia e intensidad 10 a 15 mm de Hg que se hace en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo hasta lograr preparar el útero, el segmento y el cuello, para el inicio del trabajo de parto.(14)

**Adolescencia:** El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública. El período de gestación normal para los humanos es de aproximadamente 40 semanas. Algunos bebés nacen antes de éstas, cualquier parto que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto, o antes de las 37 semanas, se define como parto prematuro o prematuro. Según la Organización Mundial de la Salud el Parto prematuro se define como, "parto de un nacido vivo o muerto que tiene lugar después de la semana 20 y antes de las 32 semanas completas de edad gestacional". (6)

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años, e incluye la adolescencia inicial o temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años). (6)

**Adolescencia Temprana (10 a 13 años):** biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.<sup>(15)</sup>

**Adolescencia media (14 a 16 años):** es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.<sup>(15)</sup>

**Adolescencia tardía (17 a 19 años):** casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".<sup>(15)</sup>

## **FACTORES DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

La Amenaza de Parto Pretérmino tiene un origen multifactorial, por lo general existen factores de riesgo de diferente naturaleza que los podemos clasificar de acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos, factores de tipo demográficos, de hábitos y conductas, trastornos médicos y complicaciones del embarazo, que hemos tratado de enumerarlos.<sup>(15)</sup>

El parto pretérmino también se asocia con situaciones vivenciales estresantes (violencia doméstica, pérdida familiar, inseguridad emocional) indirectamente por asociación con conductas de riesgo o directamente por mecanismos no entendidos completamente.<sup>(1)</sup>

La etiología del parto pretérmino es uno de los problemas más interesantes de la Obstetricia que es investigado en el mundo entero. Se ha encontrado una relación entre el parto pretérmino e infección, rotura prematura de membranas, vasculopatía placentaria y sobredistensión uterina. Sin embargo, en muchos casos la etiología no se reconoce y es considerada idiopática.<sup>(1)</sup>

Este estudio reafirma el hecho que el parto pretérmino espontáneo es más frecuente a menor edad materna, lo que explica la elevada incidencia de parto pretérmino en gestantes adolescentes y reflejaría una inmadurez biológica materna.<sup>(1)</sup>

**TABLA N° 1 FACTORES DE RIESGO**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <p>FACTORES AMBIENTALES</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición socioeconómica deficiente, relacionada con desnutrición.</li> <li>• Falta de control prenatal.</li> <li>• Trabajo profesional, esfuerzo físico.</li> <li>• Embarazo no deseado.</li> <li>• Madre soltera.</li> </ul>  |
| <p>FACTORES MATERNOS</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de la madre (menores de 20 y mayores de 30 años).</li> <li>• Talla materna; talla menor de 1.50 m.</li> <li>• Paridad: más frecuente en primigestas.</li> <li>• Desnutrición</li> <li>• Intervalo intergenésico: menores de dos años.</li> <li>• Bajo peso en el embarazo: menor 45kg</li> <li>• Hábito alcohólico y tabaquismo</li> <li>• Enfermedades de tipo crónico como: lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal, preeclampsia, eclampsia.</li> <li>• Complicaciones no obstétricas como: apendicitis, colecistitis, los traumatismos y la drogadicción.</li> <li>• Vaginosis Bacteriana</li> <li>• Infecciones de vías urinarias.</li> </ul> |

|                   |  |
|-------------------|--|
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo múltiple.</li> <li>• Partos prematuros repetidos.</li> <li>• Rotura prematura de las membranas.</li> <li>• Prematurez iatrogénica por inducción o por cesárea anticipada.</li> <li>• Hidramnios.</li> <li>• Esfuerzo físico y el estrés psíquico.</li> </ul> |
| FACTORES UTERINOS | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incompetencia cervical.</li> <li>• Miomatosis.</li> <li>• Malformaciones congénitas.</li> <li>• Placenta previa.</li> </ul>   |

Elaborado por: Investigador

### **NIVEL SOCIO – ECONÓMICO BAJO**

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia. (6)

### **FALTA DE CONTROL PRENATAL**

Los controles prenatales generalmente son consultas médicas que explican a la madre todos los cambios fisiológicos que van a sufrir durante su embarazo. Además de instruir las sobre la importancia de llevar un adecuado régimen de alimentación.

Estas citas deben incluir talleres de entrenamiento que sirvan como preparación para el parto, así como apoyo psicológico, es allí donde hay falencias, porque debe haber un acompañamiento a la madre y más si es primípara, se siente vulnerable, es un estado nuevo y diferente, su cuerpo cambia. Las madres que no asisten a estos controles, por ende, están dejando de realizarse importantes exámenes que podrían dejar ver cómo está creciendo el bebé, qué complicaciones podría tener más adelante o si la gestante sufre de alguna enfermedad que podría poner en riesgo su vida y la del feto.<sup>(16)</sup>

## **TRABAJO PROFESIONAL Y ESFUERZOS FÍSICO**

En cuanto a la actividad laboral, en general y si no aparece ninguna complicación se puede trabajar hasta el final del embarazo

Sin embargo, en determinados casos el trabajo puede representar un importante estrés, no sólo físico sino también psicológico, que puede repercutir negativamente en la gestación, ya que puede provocar retraso del crecimiento y/o contracciones.

Los trabajos que requieren estar de pie todo el día se asocian a una mayor tasa de prematuridad, relacionada con las horas trabajadas por semana. En estos casos se puede solicitar un cambio de puesto, o intentar descansar y sentarse cada cierto tiempo o incluso reducir la jornada laboral.

En los casos en los que la embarazada ha de pasar el día sentada, es importante adoptar una posición adecuada, con la espalda recta y los hombros relajados, y utilizar medias compresivas para evitar las varices, procurando que no compriman el abdomen. Dar un “paseo” cada 2 ó 3 horas es de gran ayuda.

En las profesiones que comportan un cambio continuo de horarios (azafatas o personal sanitario) se ha observado un mayor índice de abortos, de retrasos del crecimiento fetal y de partos pretérmino. Se debe procurar, por tanto, reducir el número de guardias y evitar situaciones de estrés mantenidas.

Deben evitarse totalmente durante la gestación aquellos trabajos que impliquen el uso de la fuerza, o se realicen en locales con materiales insalubres, con deficientes sistemas de ventilación, refrigeración o limpieza.<sup>(15)</sup>

## **EMBARAZO NO DESEADO Y MADRE SOLTERA**

El embarazo no deseado (END) es un problema mundial que afecta a las mujeres, a sus familias y a la sociedad. La incidencia oscila entre 6 y el 14%. En países en vías de desarrollo, la pobreza, la falta de servicios públicos y el bajo nivel educativo contribuyen a resultados adversos para las madres y los recién nacidos de END.

Tradicionalmente se ha encontrado que los END se presentan con mayor frecuencia entre mujeres con bajo nivel de educación, adolescentes o en edad avanzada, con un uso inadecuado de métodos de planificación familiar, multíparas, solteras, entre otros.

Entre las conductas de riesgo en madres con END encontramos ausencia del control prenatal, hábito tabáquico, ingesta de bebidas alcohólicas o consumo de drogas. Como complicaciones médicas para la madre se han reportado anemia, hipertensión gestacional y preeclampsia. En cuanto a la madre adolescente se reporta un menor peso promedio y una mayor frecuencia de enfermedades durante la gestación. Además los hijos producto de END tienen más riesgo de bajo peso al nacer y prematurez. <sup>(14)</sup>

### **EDAD DE LA MADRE**

Mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas <sup>(16)</sup>

### **TALLA MATERNA**

Una estatura inferior a 155 cm. Se ha relacionado también con un aumento de la tasa de prematuridad, aunque algunos autores opinan que este factor está relacionado con el bajo peso al nacimiento que con la prematuridad misma. <sup>(16)</sup>

## **PARIDAD MÁS FRECUENTE EN PRIMIGESTA**

La incidencia de complicaciones del embarazo es mayor en las adolescentes, sin embargo los resultados de parto, puerperio, así como perinatales son similares en primigestas de ambos grupos etáreos según la OMS. (16)

## **DESNUTRICIÓN**

Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil. (6)

## **BAJO PESO MATERNO**

Este factor ha demostrado una estrecha asociación con el parto Pretérmino, sobre todo cuando el peso es inferior a 55 Kg en la semana 20 de gestación. (16)

Se ha visto que las mujeres con peso bajo o que aumentan muy poco durante el embarazo tienen claramente más posibilidades de tener hijos de bajo peso al nacer, partos pretérmino o lactantes con APGAR bajo. (16)

**Índice de masa corporal (IMC):** fórmula matemática que relaciona peso y talla, útil para evaluar el estado nutricional de la gestante. (16)

- Bajo peso materno: gestante con IMC < 19.8.
- Normo peso materno: gestante con IMC 19.8 a 26.0
- Sobre peso materno: gestante con IMC 26.1 a 29.0
- Obesidad materna: gestantes con IMC > 29.0

## **HÁBITO TABAQUISMO ALCOHOLISMO**

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el

monóxido de carbono, causa; la formación de car oxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro. (6)

### **PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA**

La preeclampsia se caracteriza por presión arterial elevada superior a 140/90 mm Hg (hipertensión) acompañada de la eliminación de proteínas por la orina (proteinuria) o de retención de líquidos (edema) que se desarrolla entre la semana 20 del embarazo y el final de la primera semana después del parto. La eclampsia es una forma de preeclampsia más grave que provoca convulsiones o coma. (11)

La preeclampsia se produce en un 5 por ciento de las mujeres embarazadas. Es más frecuente en los primeros embarazos y en las mujeres que ya tienen la presión arterial elevada o sufren un trastorno en los vasos sanguíneos. La eclampsia se desarrolla en 1 de cada 200 mujeres que tienen preeclampsia y, por lo general, es mortal, a menos que sea tratada con rapidez. No obstante, se desconocen las causas de la preeclampsia y la eclampsia. El riesgo más importante de la preeclampsia es el desprendimiento prematuro de la placenta de la pared uterina.

Los recién nacidos de mujeres preeclampsia tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de tener problemas poco después del parto que los de mujeres que no presentan esta enfermedad. Los recién nacidos pueden ser pequeños porque la placenta funciona mal o porque son prematuros. (14)

### **VAGINOSIS BACTERIANA**

La vaginosis bacteriana, considerada anteriormente como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro, la salpingitis aguda, y las complicaciones neonatales y perinatales. La amenaza de parto prematuro constituye un importante motivo de consulta en la emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa muchas veces a la infección urinaria, olvidándose en la mayoría de los casos la infección del tracto vaginal. (6)

La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto prematuro (APP) de un 5-10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM) y en amnionitis con membranas íntegras. (6)

### **INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU)**

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática. (6)

Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. (6)

El 25% de las pacientes que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada. Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: E. Coli, Kiebsiella, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptococcus, en este último caso resulta imprescindible descartar su presencia simultánea en la vagina. (6)

### **ROTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS**

Es la rotura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la rotura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino. Las causas de las mismas son multifactorial y ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbilidad fetal es resultado de la prematuridad. (6)

## INCOMPETENCIA CERVICAL

Un cuello uterino incompetente puede empezar a dilatarse demasiado pronto en el embarazo. Si existe una insuficiencia cervical, es más probable que se presenten los siguientes problemas:

- El trabajo de parto empieza demasiado pronto antes de las 37 semanas.
- La ruptura de fuente se da antes de las 37 semanas.
- Un parto prematuro (precoz).

La causa del cuello uterino incompetente:

- Estar embarazada con más de un bebé (mellizos, trillizos)
- Tener un cuello uterino incompetente en un embarazo anterior
- Tener un desgarro del cuello uterino en un parto anterior
- Tener antecedentes de abortos espontáneos en el cuarto mes o más adelante
- Tener antecedentes de abortos tardíos
- Tener un cuello uterino que no se desarrolló normalmente
- Tener antecedentes de conización cervical debido a citologías vaginales anormales.<sup>(14)</sup>

## MIOMATOSIS

La miomatosis uterina es la aparición de fibromas o tumores benignos en el útero, aproximadamente 20% de las mujeres sufre de miomatosis durante su edad reproductiva (desde su primera menstruación hasta la menopausia), se clasifican por su localización en:

- **Intramurales:** se encuentran en la pared muscular del útero y pueden afectar la fertilidad si miden más de 4 centímetros
- **Submucosos:** se forman en la superficie del revestimiento uterino y pueden afectar la implantación del embrión
- **Subserosos:** están en la cubierta externa del útero y generalmente no afectan la fertilidad

Estos tumores están presentes tanto en mujeres fértiles como en infértiles, sin embargo, el 80% de los casos de infertilidad por factor uterino se debe a la aparición de miomas uterinos que afectan la cavidad uterina, como es el caso de los intramurales y submucosos.

Asimismo, los miomas uterinos pueden causar complicaciones en el embarazo, tales como:

- Aumento de riesgo de aborto espontáneo
- Retardo del crecimiento fetal
- Parto prematuro debido a que no hay espacio suficiente en el útero
- Obstrucción del canal cervical y del trabajo de parto.<sup>(14)</sup>

## **MALFORMACIONES CONGÉNITAS UTERINAS**

Los úteros dobles, bicorne, unicornes, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial. Los miomas uterinos provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales, y déficit del flujo sanguíneo uterino, que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro. Por último la incompetencia ístmico-cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede producir amenaza de parto prematuro. <sup>(6)</sup>

## **PLACENTA PREVIA**

Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de ella.

La placenta crece durante el embarazo y alimenta al feto. El cuello uterino es la abertura hacia la vía del parto.

Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos del embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero,

pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

Algunas veces, la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino, lo cual se denomina placenta previa.

La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos y es más común en mujeres que tienen:

- Un útero anormalmente formado
- Muchos embarazos previos
- Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.)
- Cicatrización del revestimiento del útero debido a antecedentes de embarazo anterior, cesárea, cirugía o aborto

El síntoma principal de la placenta previa es un sangrado vaginal súbito. Algunas mujeres presentan cólicos también. El sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre.<sup>(16)</sup>

## **PROCESOS INFECCIOSOS LOCALES Y SISTÉMICOS**

Las infecciones maternas de las vías urinarias o de la vagina se asocian a un incremento de los partos pretérmino; se ha demostrado que como cualquier infección materna, se producen lisis de lisosomas en la placenta y decidua con liberación de fosfolipasa A2, la cual libera ácidos grasos de los fosfolípidos intracelulares, especialmente el ácido araquidónico.<sup>(14)</sup>

Este ácido graso incrementa la síntesis de prostaglandina sintetasa y la producción local de prostaglandinas, con el consecuente aumento de la contractilidad uterina en el embarazo pretérmino.<sup>(14)</sup>

Este tipo de infecciones también pueden estimular la producción de interleukinas y el factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan la producción de prostaglandinas por el amnios.<sup>(14)</sup>

## FISIOLOGÍA DE LA CONTRACCIÓN

La contracción uterina está favorecida por la estructura de las células miometriales, que durante la gestación aumentan hasta en 10 su tamaño. Están dotadas de una profusión de miofibrillas insertadas en el sarcoplasma, y poseen receptores intracelulares específicos para estrógenos y progesterona. Pero también existen otros muchos receptores como los adrenérgicos, prostaglandinas y sobretodo oxitocina. Estos últimos aumentan de forma progresiva durante el embarazo, alcanzando en el momento del parto valores 100 veces mayores a los previos a la gestación. (11)

El sistema contráctil del Miometrio es semejante a la de la musculatura estriada, se basa en la liberación de energía producida por la reacción del ATP, actomiosina (actina + miosina) e iones (Ca y Na). La unión entre actina y miosina es esencial para que se produzca la contracción. (11)

La acción hormonal también es importante para que la fibra muscular uterina adquiera su capacidad de contraerse durante el parto.

- Estrógenos: son los responsables de la síntesis de miosina durante la gestación, también elevan el potencial de membrana haciendo la contracción más eficaz
- Progesterona: al contrario que los estrógenos, favorecen la relajación uterina, inhiben la formación de los gap junctions, incrementa la formación de receptores beta- adrenérgicos ( es decir BLOQUEA LA CONTRACCIÓN)
- Oxitocina: fundamentalmente favorece el transporte de Ca en la membrana celular (favorece la contracción).La vida media de la oxitocina es muy corta de ahí la importancia de tener muchos receptores de oxitocina para poder rentabilizara al máximo.
- Prostaglandinas: aumentan la permeabilidad de la membrana celular al calcio. Son las PG E y f2 $\alpha$  las que realmente tiene poder oxitócico (11)

## **CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LAS CONTRACCIONES**

El inicio del parto tiene lugar cuando la gestante comienza a tener contracciones uterinas rítmicas, dolorosas, de más de 30 mmHg y frecuentes (3 en 10 minutos), con repercusión cervical e iniciada la dilatación (2 cm o más), en el parto prematuro; tales signos se componen de cuatro o más contracciones uterinas en una hora desde la semana 21 y antes de las 37 semanas de gestación <sup>(11)</sup>

Cada contracción se puede dividir en una fase de ascenso o sístole, una fase breve de meseta en la que se mantiene la presión máxima y una fase de diástole o de relajación, en la que no llega a desaparecer el tono uterino que se mantiene en unos 10 mmHg (tono basal del útero).

La contracción o sístole tiene unas características definidas de:

1. Intensidad.
2. Frecuencia.
3. Duración.

La intensidad viene dada por la presión máxima alcanzada en el acmé de la contracción, sin restarle el tono basal. En la práctica, la intensidad es la amplitud, y en este sentido se entiende como la altura de la presión intrauterina sobre el tono basal. Supera los 40-50 mmHg. El aumento excesivo de intensidad se denomina hipersistolia y su disminución, hiposistolia. <sup>(11)</sup>

La intensidad de las contracciones uterinas se puede medir en unidades Montevideo (UM). Una UM resulta del producto de la intensidad en mmHg (desde la línea de base) y del número de contracciones en 10 min. Se ha visto que la actividad uterina en la semana 36 es de aproximadamente 30 UM y va aumentando progresivamente hasta que a partir de unas 85-100 UM, generalmente se desencadena el parto. <sup>(11)</sup>

La frecuencia de las contracciones varía según el caso y el momento del parto, pero suelen repetirse cada 2 o 4 minutos, contando desde el acmé de una contracción al de la siguiente. El aumento de la frecuencia se denomina polisistolia y la disminución, bradisistolia. <sup>(11)</sup>

La duración real de una contracción se cuenta desde que comienza a ascender la onda hasta el punto en que adquiere de nuevo el tono basal, alrededor de 3 minutos. Hay que distinguir la duración real de la clínica. Esta viene determinada por el período en que la contracción es externamente palpable, lo que suele suceder a partir de los 20 mmHg, de forma que la duración clínica oscila sobre los 60-70 segundos y es el período verdaderamente efectivo. (11)

El punto en que la contracción se hace dolorosa recibe el nombre de umbral de Polaillon y depende de la sensibilidad individual de cada mujer. La onda contráctil comienza en uno de los cuernos uterinos a nivel del ostium tubárico en condiciones normales y se propaga en dirección descendente al resto del órgano. (11)

Se ha comprobado la existencia de un triple gradiente descendente, (comienza antes, es más intensa y dura más en el fondo que en el cuerpo que en el cuello):

- Gradiente de propagación: la contracción se propaga de arriba hacia abajo.
- Gradiente de intensidad: al ser más gruesa la pared en el fondo, es aquí donde es más intensa la contracción.
- Gradiente de duración: todo el miometrio se relaja simultáneamente, por tanto si la Contracción se origina en el fondo, aquí es donde tendrá mayor duración. (11)

## **DIAGNÓSTICO**

La identificación de los síntomas de parto pretérmino podría ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar diagnóstico y tratamiento adecuados. Los signos y síntomas incluyen: contracciones frecuentes (más de 4 por hora), calambres, presión pelviana, excesivo flujo vaginal, dolor de espalda y abdominal bajo. Los síntomas suelen ser inespecíficos.(14)

El diagnóstico deberá realizarse en pacientes entre 20 y 36 semanas y 6 días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: dilatación cervical mayor de 2 cm, borramiento cervical del 80%, o cambios cervicales detectados en exámenes seriados. (14)

El tacto vaginal no es efectivo como predictor de parto pretérmino en mujeres sin factores de riesgo, por lo tanto no se utiliza rutinariamente.

El uso en pacientes con alto riesgo es controvertido. Hay suficiente evidencia demostrando que no aumenta el riesgo de ruptura de membranas o ascenso de gérmenes.

Se debe elaborar una historia clínica completa con un exhaustivo examen físico, que incluya especuloscopia y pruebas de bienestar fetal completas. El monitoreo fetal electrónica externa puede ayudar a detectar actividad uterina no evidenciada en el examen físico.<sup>(14)</sup>

Se solicitan los exámenes paraclínicos completos para precisar el diagnóstico de amenaza de parto o parto pretérmino establecido, con el fin de instaurar un manejo adecuado. La ecografía obstétrica y el perfil biofísico son exámenes importantes que nos precisan edad gestacional y bienestar fetal.<sup>(14)</sup>

Frente a una paciente que nos consulta por sintomatología compatible con dinámica uterina y en la que se objetiva dinámica uterina regular, **se deben realizar sistemáticamente** y de manera ordenada: <sup>(12)</sup>

- Anamnesis dirigida
- Exploración física (descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, peritonismo, puño percusión.) <sup>(12)</sup>

-Exploración obstétrica:

- Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.
- Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina).
- Espéculo: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias).
- Tomar muestras para cultivo: **Previo al tacto vaginal.**

- Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB.
- Frotis endocervical.
- Extensión de frotis vaginal en porta para Gram (sin fijar).

- Sedimento y urinocultivo
- TV: valoración cervical mediante el **Índice de Bishop**.
- Ecografía transvaginal: medición de la longitud cervical (con vejiga vacía, sin presionar excesivamente con el transductor, con contracción o presión fúndica y escoger la menor de 3 mediciones).
- RCTG: confirmar la presencia de dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
- Analítica (Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR).
- Amniocentesis (aplicar según como se indica en el apartado de “manejo”): se informará a la paciente de la conveniencia de la prueba para descartar la infección/inflamación intraamniótica y de los riesgos de la prueba (< 1% de RPM).  
Previo consentimiento informado y evaluando el estado serológico materno, se realizará con aguja de 22G una amniocentesis de la que se extraerán 20cc para determinar: (12)

- Glucosa
- FLM (valorar según la edad gestacional)
- Leucocitos
- Tinción de Gram
- Cultivo de líquido amniótico aerobios y anaerobios
- Cultivo de micoplasmas
- Cariotipo (valorar según edad gestacional)
- Se deben descartar siempre otras patologías que contraindiquen la tocolisis: DPPNI, corioamnionitis, etc.

## **ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL COMO PREDICTOR DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO PRETÉRMINO**

Numerosas publicaciones han demostrado relación inversa entre la longitud del cérvix y el riesgo de parto pretérmino. El valor predictivo es menor en la población general y aumenta en población de riesgo. (14)

En múltiples estudios se ha buscado el valor de la cervicometría por ecografía transvaginal para predecir trabajo de parto y parto pretérmino.

Los parámetros más utilizados son:

- **Longitud cervical:** determinada por la medida de la distancia entre el orificio cervical interno y el orificio cervical externo.

- **Dilatación orificio-cervical interno (OCI):** definida como forma del canal cervical en U (abalonado) o en V (túnel), cuya base sea mayor o igual a 5 mm y su profundidad medida desde el borde lateral mayor o igual a 3 mm.<sup>(14)</sup>

- **Índice cervical:** definido como:

$$\frac{\text{Medida de profundidad del embudo (túnel) + 1}}{\text{Longitud cervical}}$$

## **LONGITUD DEL CUELLO EN EL TACTO VAGINAL COMO PREDICTOR DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO PRETÉRMINO**

Múltiples estudios actuales sugieren que el examen digital no es efectivo como predictor de parto pretérmino en mujeres que no presentan factores de riesgo.

En un trabajo colaborativo que abarco siete países europeos (Italia, España, Portugal, Irlanda, Hungría, Dinamarca y Bélgica) se evaluó el beneficio del tacto en cada control prenatal en pacientes sin riesgo para parto pretérmino.<sup>(14)</sup>

Se tomaron como variables resultantes el bajo peso, la edad gestacional menor a 37 semanas y la ruptura prematura de membranas.

En dos grupos de embarazadas sin riesgo para parto pretérmino, a uno se le realizó examen digital en todas las consultas y al otro se le examinó solo si el médico lo creía conveniente.<sup>(14)</sup>

El grupo control recibió un examen como promedio durante todo su embarazo; el otro, seis exámenes como promedio.

El análisis estadístico no halló diferencias significativas entre ambos grupos. El uso del examen cervical de rutina en pacientes con alto riesgo de parto pretérmino es también controversial.<sup>(14)</sup>

En un estudio que incluyó 102 mujeres con embarazo único y alto riesgo de parto pretérmino se determinó la exactitud diagnóstica del examen manual cervical como predictor de parto pretérmino. No se encontraron diferencias significativas en la longitud cervical promedio y en puntaje de Bishop entre las pacientes que tuvieron o no parto pretérmino ( $p = 0,06$  y  $0,2$ ).<sup>(14)</sup>

La determinación de la longitud cervical por tacto vaginal desde la semana 14 a la 30 resultó ser el mejor parámetro predictor. El examen digital en pacientes con riesgo de parto pretérmino no es útil como predictor de parto pretérmino.<sup>(14)</sup>

### **PRUEBA DE FIBRONECTINA**

La fibronectina es una glucoproteína que es producida por amniocitos y por el citotrofoblasto. Está presente durante toda la gestación en todos los embarazos. No está sujeta a polimorfismo genético. Existen niveles muy elevados en el líquido amniótico ( $100 \mu\text{g/ml}$ ) en el segundo trimestre, y  $30 \mu\text{g/ml}$  a término. Se localiza en la interfase materno-fetal de las membranas amnióticas, entre el corion y la decidua, donde se concentra en esta área entre la decidua y el trofoblasto. Aquí actúa como un "pegamento" entre el embarazo y el útero. La concentración de la proteína fibronectina fetal hallada en la sangre es  $1/5$  que lo que se halla en el líquido amniótico; no está presente en la orina. En condiciones normales, esta glucoproteína permanece en esta área entre el corion y la decidua, y se encuentra a niveles muy bajos en las secreciones cervicovaginales después de las 22 semanas (menos de  $50 \mu\text{g/ml}$ ). Los niveles por encima de este valor (superior o igual a  $50 \mu\text{g/ml}$ ) al término de 22 semanas o más en las secreciones cervicovaginales extraídas por un hisopo se han asociado con un mayor riesgo de partos prematuros espontáneos.<sup>(11)</sup>

La prueba de fibronectina fetal evalúa el riesgo de trabajo de parto prematuro mediante la medición de la cantidad de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales. En realidad, la fibronectina fetal es una de las mejores variables predictivas del parto prematuro en todas las poblaciones de estudio hasta el momento, que incluyen mujeres con bajo y alto riesgo sin trabajo de parto prematuro, gemelos, y mujeres en trabajo de parto prematuro, la sensibilidad y especificidad generales son del 56% y 84% respectivamente para el parto prematuro antes de las 37 semanas, pero varían según la edad gestacional al momento de la extracción.<sup>(14)</sup>

## **TRATAMIENTO**

### **TRATAMIENTO DE ATAQUE**

El manejo inicial comprende unas medidas generales inespecíficas y otra de tipo farmacológico que comprende 2 grandes grupos: Los agentes tocolíticos y los Inductores de la Madurez Pulmonar Fetal.<sup>(17)</sup>

### **REPOSO**

A pesar de que el reposo es ampliamente usado, no existe evidencia convincente de que reduzca el número de partos pretérmino. Se prefiere el decúbito lateral izquierdo.

Incluso se ha comentado como posible resultados adversos asociados a la intervención del reposo como la aparición de trombosis venosas profunda.

Dada la poca evidencia existente tanto a favor como en contra, por la forma generalizada de su uso e incorporación en todos los esquemas de tratamiento y por la baja probabilidad de efectos adversos, se plantea continuar la indicación de reposo hasta la existencia de trabajos que definan su utilidad.<sup>(17)</sup>

La internación hospitalaria solo con el fin de realizar reposo podría elevar notablemente los costos requeridos.

### **HIDRATACIÓN**

El uso de hidratación para controlar la actividad uterina está basado en que la rápida administración de fluidos bloqueaba la liberación de ADH y de oxitocina, a través de la

expansión del volumen sanguíneo. Siempre se prescribirán soluciones isoosmolares. (17)  
El uso de hidratación no está exenta de riesgos, puesto que si ésta es seguida y /o asociada con uso de tocolíticos, incrementara la posibilidad de edema pulmonar.

Sin embargo investigaciones disponibles no son concluyentes en demostrar su eficacia. No se discute el beneficio general a que conduce esta intervención en aquellas pacientes con evidencia de deshidratación. (17)

## PREVENCIÓN APP

**Cerclaje:** Ha sido tradicionalmente aplicado a aquellas mujeres con partos pretérminos recurrentes o pérdidas durante el segundo trimestre, como método preventivo de un nuevo APP. Su práctica está ampliamente aceptada, aunque hay poca evidencia que refuerce su efectividad; esto básicamente debido a que su aplicabilidad está dada en las pacientes con diagnóstico de incompetencia cervical y esta entidad se relaciona con baja tasa de éxito del embarazo. (17)

Respecto al cerclaje en la prevención aguda del APP, que se da típicamente con acortamiento y dilatación del cérvix y sin dolor con exposición de membranas ovulares, se ha encontrado baja tasa de éxitos, pero se usa ante el pobre pronóstico del embarazo ante membranas expuestas. La evidencia existente a este respecto es poco concluyente y conflictiva sobre su efectividad una vez iniciado el proceso y no hay evidencia que muestre en que momento es ideal hacer la intervención, pero en condiciones ideales el cerclaje podría prolongar significativamente el embarazo y aumentar las expectativas de vida del prematuro; se necesitan estudios controlados para recomendarlo en forma definitiva. (17)

**Progesterona:** Su utilidad se basa en su rol fisiológico en el mantenimiento del embarazo. En una revisión de Cochrane evaluando los pros y contras de la progesterona para prevenir APP, se encontró que su uso I.M. se asocia a una disminución del riesgo PP antes de las 37 semanas de gestación y peso al nacer mayor de 2500 g. Existe amplia evidencia que apoya el uso de progesterona como prevención del APP en pacientes de alto riesgo iniciando tempranamente en el 2º trimestre hasta las 36 semanas, pero no como agente tocolítico en mujeres sintomáticas. La dosis recomendada es 250 mg I.M. de progesterona semanalmente, comenzando entre la semana 16 y 20 y continuar hasta

la semana 36 o el parto. (17)

No existe evidencia clara del beneficio del uso de antibióticos en prevención del APP, por lo cual no deben ser usados rutinariamente en mujeres asintomáticas sin evidencia de infección.

### **ATENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO**

En caso de falla de la uteroinhibición, se procederá a la atención del parto pretérmino, contando siempre con presencia de pediatra, UCI neonatal y monitorización estricta del trabajo de parto. En gestaciones menores de 26 semanas: por estar en inmadurez extrema, con peor pronóstico neonatal, se dará parto vaginal. (17)

De 27 a 31 semanas: nacimiento por cesárea si el peso fetal estimado es menor de 1500 gr. o si existe otra clara indicación obstétrica. De 32 a 34 semanas: parto vaginal si hay presentación cefálica de vértice, inicio de trabajo de parto espontáneo, progresión adecuada del trabajo de parto y FCF normal; se determinará valoración individual de la necesidad de episiotomía, en lo posible evitar el uso de oxitócicos y la instrumentación (Fórceps). (17)

Se efectuará una cesárea de no cumplirse los criterios anteriores o en presencia de indicaciones obstétricas adicionales. En gestaciones de más de 34 semanas cuando se tenga una presentación de vértice se dará siempre parto vaginal, las otras presentaciones saldrán por cesárea. (11)

### **PERÍODO DE DILATACIÓN**

- 1.-Deberá recibir profilaxis antibiótica para estreptococo betahemolítico del grupo B, cuando comience el trabajo de parto.
- 2.- Adopción de la posición horizontal, preferentemente en decúbito lateral izquierdo.
- 3- Evitar la amniotomía, ya que el efecto protector de las membranas es mayor en el prematuro.
- 4.- Traslado a sala de atención de partos con mayor antelación que en el parto de término (alrededor de 6 a 7 cm de dilatación).
- 5.- Presencia de neonatólogo para la recepción del recién nacido en sala de partos a

partir del traslado a la misma.

6.- Evitar medicaciones depresoras del sistema nervioso central u otras innecesarias. (17)

### **PERÍODO EXPULSIVO**

1.- Evitar la amniotomía hasta el momento de desprendimiento de la cabeza fetal.

2.- No se deberá efectuar la episiotomía en forma sistemática, evaluando cada caso en particular. (17)

### **PERÍODO PLACENTARIO.**

Siempre se aplicará el Manejo Activo del Alumbramiento. (17)

### **RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL MANEJO APP Y TPP**

1. Realizar una anamnesis e historia clínica completa de las pacientes que refieran actividad uterina entre la semana 20 y la 36 con 6 días. (17)

2. Diagnosticar según las definiciones los casos de verdadera APP y TPP. Si es necesario, observar a la paciente por 2 horas y verificar persistencia de actividad y progresión de cambios cervicales.

3. Descartar cualquier causa susceptible de intervención que este desencadenando APP o TPP (factores de riesgo, enfermedades intercurrentes), e iniciar manejo específico. Para ello realizar Hemograma completo, urianálisis, urocultivo, Ecografía obstétrica.

4. Dentro del diagnóstico de APP y TPP realizar Cervicometría y Fibronectina fetales.

5. El manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino va dirigido:

a. Reducir las contracciones uterinas (administración tocolíticos).

b. Inducir la maduración pulmonar fetal (corticoides).

c. Identificar y tratar la causa de la amenaza de parto prematuro.

6. Si persiste sintomatología (actividad uterina regular, cambios cervicales), y los Paraclínicos se asocian con riesgo de parto en los siguientes 7 días (cervicometría menor de 30 mm, fibronectina > 50 ng/ml) hospitalizar y realizar manejo con tocolíticos tipo Calcioantagonistas e inductores de la maduración pulmonar en embarazos menores de 32 semanas o de 34 si se comprueba falta de maduración pulmonar por Paraclínicos.

7. Las pacientes que no cumplan ninguno de estos criterios serán dadas de alta, con indicaciones precisas y claras, signos de alarma y recomendaciones.

8. El calcioantagonista recomendado es Nifedipino para dar una dosis de ataque entre 20 y 40 mg inicialmente y luego de 10 a 20 mg cada 4 a 8 horas, con una dosis diaria

máxima de 120 mg.

9. No se recomienda terapia tocolítica de mantenimiento más allá de las 48 horas.

10. El corticoide de elección es la Betametasona a dosis de 12 mg I.M. cada 24 horas por 2 dosis.

11. Para la prevención del APP en las pacientes asintomáticas, con factores de riesgo se recomienda Progesterona ( Progesterona a 250 mg I.M. por semana, inicio entre la 16<sup>a</sup> y 20<sup>a</sup> semana y hasta el parto o la 36<sup>a</sup> semana); si se diagnostica incompetencia cervical, se recomienda cerclaje.

12. Si es inminente el APP, se debe contar con pediatra y Unidad de cuidados Intensivos Neonatales. Si se calcula que el producto pesa menos de 1500 g, se realizara cesárea, de lo contrario parto vaginal, a menos que haya una contraindicación obstétrica. (23)

**TABLA N° 2 PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO  
PRETÉRMINO**

| PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.<br>(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)  | NIVEL |    |     |
|---|-------|----|-----|
|   | I     | II | III |
| 1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.   | X     | X  | X   |
| 2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.   | X     | X  | X   |
| 3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular.   | X     | X  | X   |
| 4. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo. Gram y fresco de secreción vaginal.   | X     | X  | X   |
| 5. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Si resultados indican IVU o infección vaginal brinde tratamiento según protocolo.   | X     | X  | X   |
| 6. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.  | X     | X  | X   |
| 7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.  | X     | X  | X   |
| 8. Brinde apoyo emocional continuo.   | X     | X  | X   |
| 9. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad.   | X     | X  | X   |
| 10. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dilatación cervical</li> <li>▪ Borramiento cervical</li> <li>▪ Consistencia del cuello</li> <li>▪ Posición del cuello</li> <li>▪ Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de DeLee.</li> <li>▪ Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, color del líquido amniótico (ver protocolo de RPM)</li> <li>▪ Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea.</li> <li>▪ Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.</li> </ul> | X     | X  | X   |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 11. Si dispone de ecografía abdominal verifique la condición de cantidad de líquido amniótico (ILA), peso fetal y edad gestacional; además valore la longitud del cuello como predictor de parto pretérmino ( <b>ALARMA si menor de 20 mm</b> ).  | X | X | X |
| 12. Control de signos vitales cada 8 horas.   | X | X | X |
| 13. <b>SI EL EMBARAZO ES &gt;37 SEMANAS PROBABLEMENTE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN FASE LATENTE DE LABOR DE PARTO.</b><br>▪ Finalización del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos de manejo del parto e inductoconducción.  | X | X | X |
| 14. Con el diagnóstico probable disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal calificado si embarazo menor a 37 semanas; envíe a la paciente con la primera dosis de tratamiento tocolítico y de maduración pulmonar fetal (ver abajo) si no existen contraindicaciones; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. | X | X | X |
| 15. <b>SI EL EMBARAZO ES &lt;37 SEMANAS REALICE MANEJO TOCOLITICO:</b><br>• Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.<br>• O Indometacina 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. ( <b>SOLO EN EMBARAZOS &lt;32 SEMANAS</b> )<br><b>NO REALICE MAS DE DOS CICLOS DE TOCOLISIS</b>  | X | X | X |
| 16. <b>CONTRAINDICACIONES DE TOCOLISIS:</b><br>▪ Dilatación > 4cm.<br>▪ Corioamionitis.<br>▪ Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp.<br>▪ Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal.<br>▪ Malformaciones fetales.<br>▪ Desprendimiento normoplacentario.   | X | X | X |
| 17. <b>MADURACIÓN PULMONAR FETAL.</b><br>▪ <b>SI EMBARAZO &gt; 24 y &lt; 34 SEMANAS:</b><br>▪ Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).<br>▪ Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).<br><b>NO SE REQUIERE NUEVAS DOSIS SEMANALES DE CORTICOIDES PARA CONSEGUIR EFECTOS BENEFICIOSOS PERINATALES.</b>  | X | X | X |
| 18. <b>SI CORIOAMIONITIS:</b><br>▪ <b>Antibioticoterapia:</b><br>▪ Ampicilina 2 g IV cada 6 horas<br>▪ Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día.<br>▪ Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea)<br>▪ <b>Finalización del embarazo según criterio obstétrico INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL.</b>   |   | X | X |
| 19. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.   |   | X | X |
| 20. Si transcurridas 72 horas de que se ha completado el esquema de maduración pulmonar fetal persisten las contracciones determine finalización del embarazo por parto o cesárea según criterio obstétrico.  |   | X | X |

**Fuente:** Normas y Protocolo Componente Normativo Materno Neonatal; Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2013

## 2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En cuanto a los Factores Maternos de la Amenaza de Parto Pretérmino se han realizado innumerables investigaciones a nivel del mundo, que servirán de referente para el desarrollo del presente trabajo.

- Parto Pretérmino en Adolescentes; Riscarle Manrique; Revista Scielo de Obstetricia y Ginecología de Venezuela; v.68 n.3 Caracas sep 2008

Es una investigación retrospectiva, descriptiva. El universo del estudio fueron 647 embarazadas de las cuales se tomó una muestra no probabilística opinática integrada por 68 adolescentes embarazadas con parte pretérmino atendidas en la Maternidad de Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello durante el año 2005.

De las 647 adolescentes 68 presentaron la condición de parto pretérmino, representando éstas una prevalencia de 10.51 %. (4)

Del total de la muestra, 29 pacientes (42,6%) fueron adolescentes intermedias 39 (57,4%) y adolescentes tardías. La edad mínima fue de 14 años y la máxima de 17 años. No hubo adolescentes precoces. (4)

La prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes fue de 10,51 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 17 – 19 años con 57.4 %. El estrato socioeconómico fue el IV con 67,6%. Se presentaron patologías maternas (85,3%) y complicaciones perinatales (38,2%). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad ya las patologías maternas ( $P < 0.05$ ). Conclusión: La pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo en adolescentes. (4)

- Embarazo Adolescente: frecuencia y causas de admisión al Servicio de Tocoginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal”; Revista de Posgrados de la VI a Cátedra de Medicina N° 190; Argentina; Febrero 2009.

Es un estudio observacional, descriptivo. Los datos se obtuvieron del registro del Libro de Admisión del Servicio de Tocoginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal”, se tomó una población de 849 casos de consulta externa, 242 (28,5%) correspondieron a embarazadas entre 13 y 20 años. Motivos frecuentes de admisión: Trabajo de parto 91

(37,6%), aborto incompleto 17 (7,02%), parto 16 (6,61%), amenaza de parto prematuro 15 (6,2%), preeclampsia grave – eclampsia 8 (3,3%), preeclampsia leve 6(2,48%), hipertensión inducida por el embarazo 6(2,48%), embarazo en vías de prolongación 6(2,48%), otros: pielonefritis, embarazo gemelar, dolor abdominal, hipertensión crónica, endometritis, retardo de crecimiento intrauterino; 47 casos en total (19,42%). (10)

Conclusiones: El embarazo adolescente es altamente frecuente (28,5%), experimentando un aumento en los últimos años. Los motivos de consulta y admisión no difieren de los embarazos de mujeres de 20 años.

Pero aumenta la morbimortalidad perinatal por ser el embarazo adolescente un factor de riesgo en sí. Esto nos lleva a replantear la situación de nuestros adolescentes, la educación que se imparte en ellos y los medios por los cuales podemos poner a su alcance las medidas necesarias y eficaces para evitar embarazos no deseados con resultados adversos para la madre, el recién nacido y la sociedad. (10)

- Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas en el del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa durante el período comprendido entre Enero del 2001 y Diciembre del 2003; Tesis de Grado; Riva Reátegui Norma; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima- Perú 2004

En el Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa se realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas durante el período comprendido entre Enero del 2001 y Diciembre del 2003. Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pretérmino con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término.(1)

La incidencia de parto pretérmino fue 12,1% y el tipo más frecuentemente observado fue el parto pretérmino moderado. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y 19 años, con una media de 16,3 años (DE +/- 2,6) para los casos y 17,2 años (DE +/- 2,7) para los controles.

Las características demográficas más importantes fueron: estado civil conviviente, instrucción predominante secundaria, nulíparas, residencia en zona urbano-marginal y riesgo social alto.<sup>(1)</sup>

Los factores que incrementaron el riesgo de parto pretérmino espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95% IC 1,2 – 2,4). No se demostró asociación con el índice de masa corporal, el antecedente de abortos y el antecedente de infección de vías urinarias durante la gestación actual.<sup>(1)</sup>

Se concluyó que la Vaginosis Bacteriana, el antecedente de parto pretérmino y el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas.<sup>(1)</sup>

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

Esta investigación está enfocada en el paradigma crítico propositivo, el mismo que hace énfasis más en el enfoque del ser humano, está relacionada directamente con el entorno, es decir con las personas afectadas que en este caso son las pacientes gestantes adolescentes con Amenaza de Parto Prematuro ingresadas en el Centro de Maternidad del Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga. <sup>(23)</sup>

La finalidad de esta investigación es conocer cuáles son los factores maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes adolescentes. Este paradigma se le considera como un problema global no sólo por el aumento del número de pacientes gestantes adolescentes sino por el costo humano y económico que ocasiona en los sistemas de salud.<sup>(23)</sup>

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

### **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

#### **LIBRO PRIMERO**

#### **LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS**

#### **TITULO I**

#### **DEFINICIONES**

Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.<sup>(18)</sup>

Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

Art. 2.- Sujetos protegidos.- Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este Código.<sup>(18)</sup>

Art. 3.- Supletoriedad.- En lo no previsto expresamente por este Código se aplicarán las demás normas del ordenamiento jurídico interno, que no contradigan los principios que se reconocen en este Código y sean más favorables para la vigencia de los derechos de la niñez y adolescencia.

## **Capítulo II**

### **Derechos de supervivencia**

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos. <sup>(18)</sup>

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten.
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados. <sup>(18)</sup>
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional.
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.

10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

(18)

## **TITULO VI**

### **DEL DERECHO DE LA MUJER EMBARAZADA A ALIMENTOS**

Art. 148.- Contenido.- La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción, a alimentos para la atención de sus necesidades de alimentación, salud, vestuario, vivienda, atención del parto, puerperio, y durante el período de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija; si la criatura muere en el vientre materno, o el niño o niña fallece luego del parto, la protección a la madre subsistirá hasta por un periodo no mayor a doce meses contados desde que se produjo la muerte fetal o del niño o niña. (18)

Art. 149.- Obligados a la prestación de alimentos.- Están obligados a la prestación de alimentos el padre del niño o niña, el presunto padre en el caso del artículo 131, y las demás personas indicadas en el artículo 129.

Si la paternidad del demandado no se encuentra legalmente establecida, el Juez podrá decretar el pago de alimentos, provisional y definitivo, desde que en el proceso obren pruebas que aporten indicios precisos, suficientes y concordantes para llegar a una convicción sobre la paternidad o maternidad del demandado. (18)

Una vez producido el nacimiento, las partes podrán solicitar la práctica de las pruebas biológicas a que se refiere el artículo 131, con las consecuencias señaladas en el mismo artículo.

Art. 150.- Normas aplicables.- En lo que respecta al orden de los obligados, criterios y formas de fijación de esta prestación, apremios, medidas cautelares, subsidios, competencia, procedimiento y más compatibles con la naturaleza de este derecho, se aplicarán a favor de la madre embarazada las normas sobre el derecho de alimentos en favor del hijo o hija. (18)

## 2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

### 2.4.1. Red de Categorías

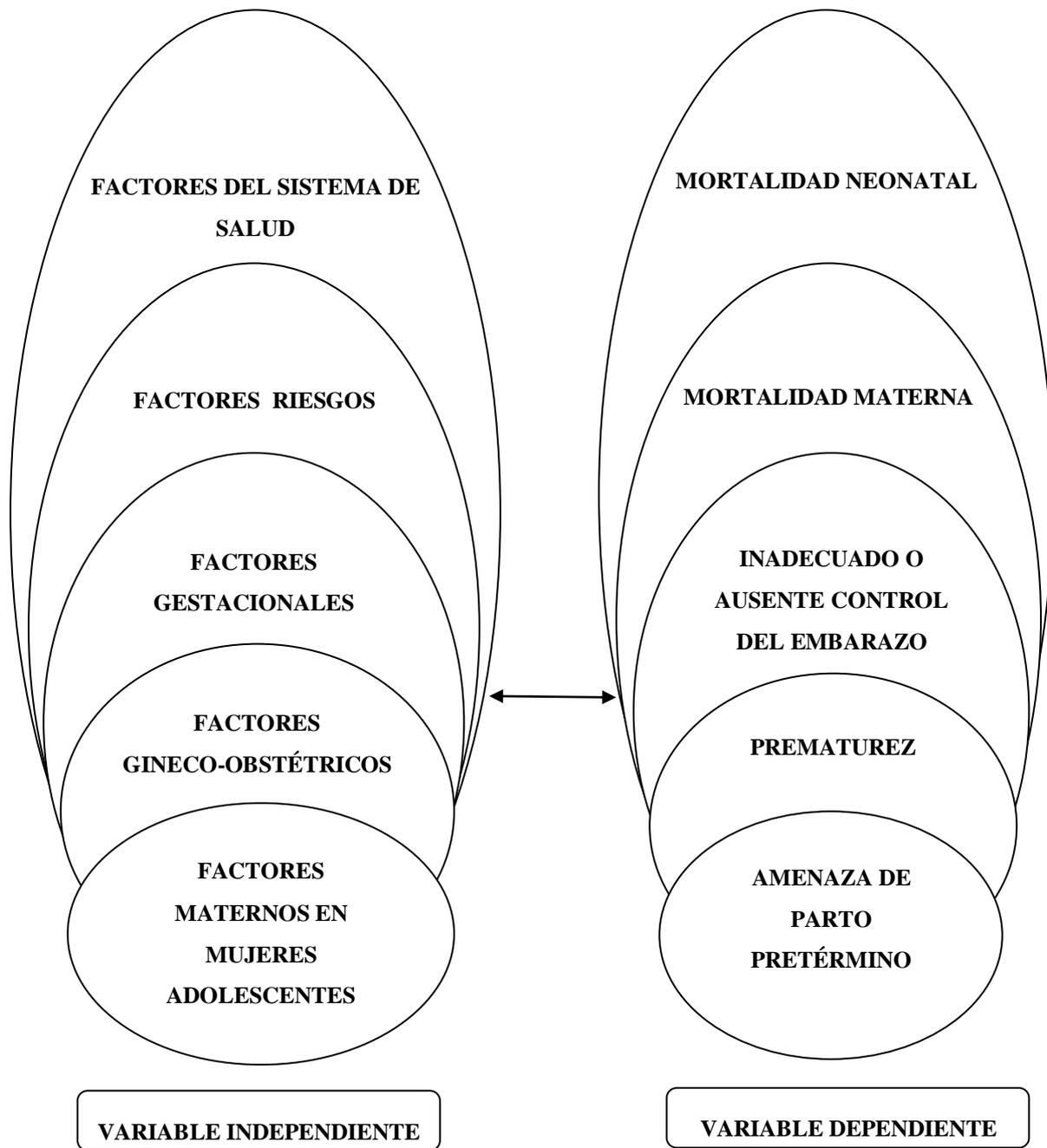
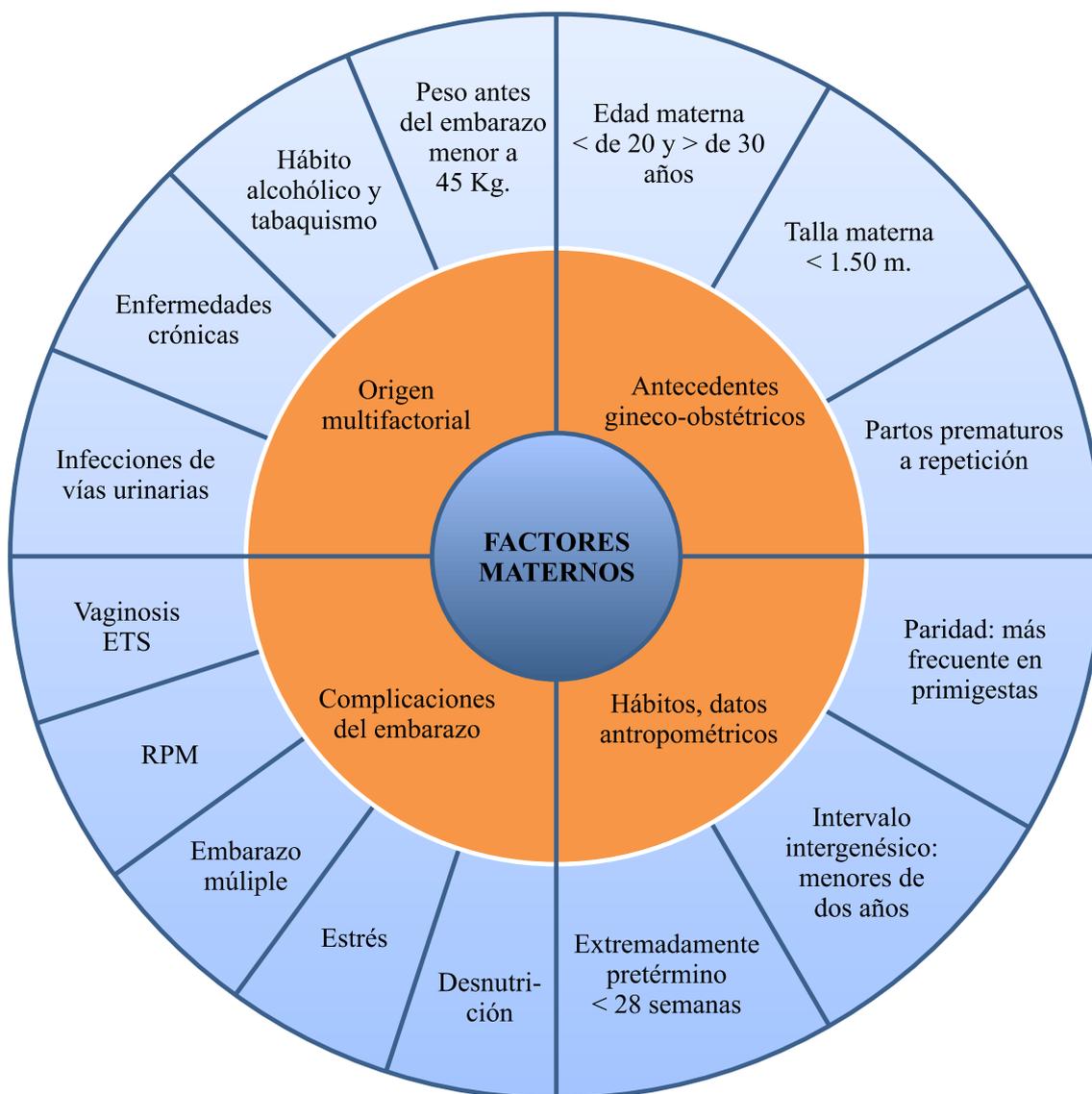
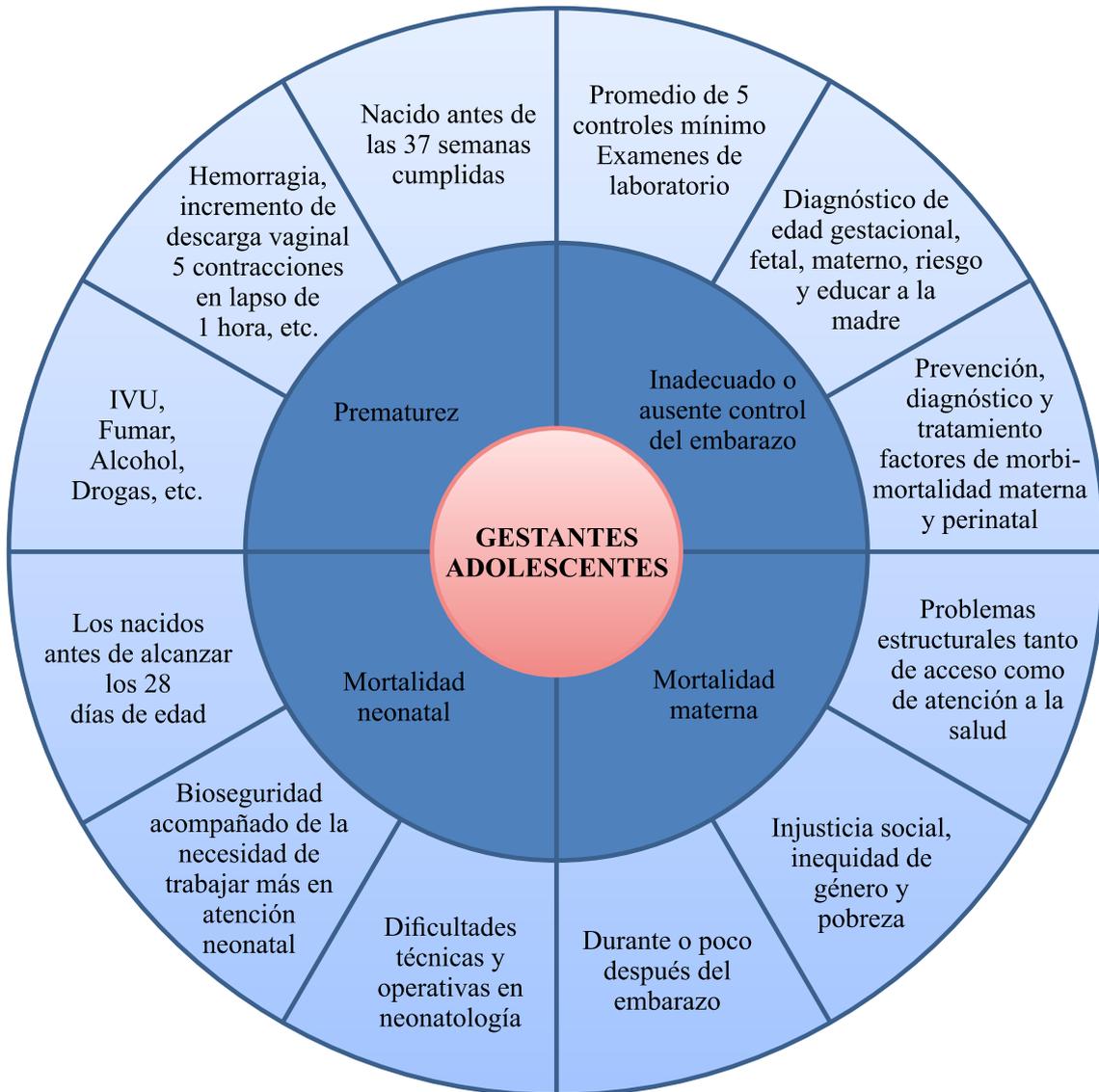


Gráfico N° 3 Red de Categorías de Variables

**GRÁFICO N° 4 VARIABLE INDEPENDIENTE  
SUPRA ORDINACIÓN**



**GRÁFICO N° 5 VARIABLE DEPENDIENTE  
SUPRA ORDINACIÓN**



## 2.5. HIPÓTESIS

Los factores maternos más importantes que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en mujeres adolescentes que ingresan en el Centro de Maternidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital Provincial General Latacunga el mes noviembre 2012- abril del 2013 son: edad, talla, peso, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socio-económico, paridad, inicio de la actividad sexual, Amenaza de Parto Pretérmino previos, intervalo intergenésico, Infección de vías urinarias, Vaginosis, infección de transmisión sexual, rotura prematura de membranas, desnutrición, alcohol, tabaquismo, drogas, embarazo múltiple, estrés y enfermedades de tipo crónico.

## 2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

**Variable Independiente:** Factores Maternos en mujeres adolescentes.

**Variable Dependiente:** Amenaza de Parto Pretérmino.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 ENFOQUE

La investigación fue de tipo descriptivo longitudinal y retrospectivo de aplicación, puesto que se efectuó una serie de observaciones sistemáticas para la recopilación de información que permitió identificar los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino; la información es de fácil accesibilidad y demanda un estudio de campo.

El estudio se lo hará mediante la investigación de campo de carácter exploratoria, descriptiva, en donde permitirá describir cada uno de los factores maternos en lo que se encuentra cada paciente gestante y explorar cuál de ellos incidió en la amenaza de parto pretérmino.

#### 3.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

**Investigación de campo.-** Se realizará en el lugar de los hechos con los actores directos como son los pacientes y médicos que están directamente relacionados con la patología

**Investigación documental.-** Este tipo de investigación es indispensable ya que en el presente trabajo se apoya en documentos ya existentes que se relacionen con el tema de investigación y servirá para formular la propuesta.<sup>(19)</sup>

**Investigación Social.-** Una de las principales manifestaciones en la estructura social inequitativa y antagónica es el conflicto social que en forma abierta o encubierta, pacífica o violenta, enfrenta a personas y grupos sociales, razón por la cual entra a formar parte consubstancial de la teoría de la investigación social, incluyendo la educativa.<sup>(19)</sup>

La investigación realizada fue enfocada desde el punto de vista de intervención social, las gestantes adolescentes sufren diversas complicaciones y entre la mayor problemática existente, es la amenaza de parto pretérmino, para lo cual el investigador sugiere una propuesta de solución a este problema, la misma que puede ser participada por los involucrados, procesada por el investigador, encontrado la que mejor convenga a los intereses de los pacientes.

### **3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

**Nivel Descriptivo.-** Sirve para realizar la descripción de varios procesos que estudia y de varios acontecimientos que se vayan presentando al momento de realizar el presente trabajo.<sup>(19)</sup>

**Nivel Correlacional:** Evalúa la relación que existe entre dos o más variables.

**Nivel Exploratorio:** Es aquella cuyo objetivo consiste en investigar un tema poco estudiado.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

En la presente investigación la población a investigar comprenderán las pacientes gestantes entre los 10 a 19 años que presentan amenaza de parto pretérmino ingresadas en el Centro de Maternidad del Servicio Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga.

Teniendo como sujetos de información a:

La población de pacientes gestantes que presenten amenaza de parto pretérmino en el mes de Noviembre 2012, al mes de Abril del 2013.

**TABLA N° 3 POBLACIÓN**

| <b>POBLACIÓN</b>  | <b>CANTIDAD</b> |
|---|-----------------|
| Pacientes embarazadas   | 1940            |
| Pacientes adolescentes embarazadas con riesgo en amenaza de parto pretérmino. | 130             |

### **3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

#### **Población incluyente:**

- Pacientes que ingresan al Centro de Maternidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga.
- Pacientes gestantes adolescentes mayores a 9 y menores a 20 años de edad.
- Pacientes con factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino.

### **3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

#### **Población excluyente:**

- Pacientes gestantes adultas mayores de 19 años.
- Pacientes con embarazos múltiples.

### **3.4.3. MUESTRA:**

Para la investigación se tomó en cuenta toda la población de mujeres adolescentes gestantes que son un total de 130, la muestra de esta investigación es de: 128

Altos niveles de confianza y bajo margen de error no significan que la encuesta sea de mayor confianza o esté más libre de error necesariamente; antes es preciso minimizar la principal fuente de error que tiene lugar en la recogida de datos. Para calcular el tamaño de la muestra suele utilizarse la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

$n$  = el tamaño de la muestra.

$N$  = tamaño de la población.

$\sigma$  = Desviación estándar de la población, que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

$Z$  = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del encuestador.

$e$  = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Aplicando valores se tiene:

$$n = \frac{(130)(0.5)^2(1.96)^2}{(130-1)(0.01)^2 + (0.5)^2(1.96)^2}$$

$$n = \frac{(130)(0.25)(3.84)}{(129)(0.0001) + (0.25)(3.84)}$$

$$n = \frac{124.8}{0.9729}$$

$$n = 128$$

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.4.1 Variable Independiente:

**TABLA N° 4** Operacionalización de la Variable Independiente: Factores Maternos que inciden en la APP en mujeres adolescentes.

| Conceptualización   | Dimensión        | Subdimensión                    | Indicador                         | Ítem  | Técnica e Instrumento                       |
|---|------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Los factores maternos. Se relacionan con causas determinantes como son, los antecedentes gineco-obstétricos, patologías del embarazo, que influyen conjuntamente en la aparición de la APP. | Factores Riesgos | Factores Maternos               | Edad                              | 10 – 13<br>14 – 16<br>17-19                     | Revisión de Historias Clínicas              |
|   |                  |                                 | Talla                             | < 1.50 cm                                       | Guía de observación al Centro de Maternidad |
|   |                  |                                 | Peso                              | Antes del embarazo: < de 45 Kg                  |   |
|   |                  |                                 | Escolaridad                       | Analfabeta<br>Primaria<br>Secundaria            |   |
|   |                  |                                 | Estado civil                      | Soltera<br>Unión Libre<br>Casada                |   |
|   |                  |                                 | Ocupación                         | Estudiante                                      |   |
|   |                  | Antecedentes Gineco-obstétricos | Nivel socio-económico             | Bajo<br>Medio                                   |   |
|   |                  |                                 | Paridad                           | Nulípara<br>Primípara                           |   |
|   |                  |                                 | Inicio de la actividad sexual     | Edad de la primera relación sexual              |   |
|   |                  |                                 | A.P.P previos                     | A.P.P repetición                                |   |
|   |                  |                                 | Intervalo intergenésico           | < de 2 años<br>>de 2años                        |   |
|   |                  |                                 | I.V.U<br>Vaginosi<br>ITS<br>R.P.M | Diagnosticada en la segunda mitad del embarazo. |   |
|   |                  |                                 | Desnutrición                      | Bajo peso                                       |   |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Hábito alcohólico y tabaquismo, drogas</p> <p>Embarazo múltiple</p> <p>Estrés</p> <p>Enfermedades de tipo crónico</p> | <p>preconcepcional</p> <p>Hábitos de consumo</p> <p>Esfuerzo físico y el estrés psíquico.</p> <p>Diabetes gestacional<br/>Preeclampsia<br/>Eclampsia</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|

Elaborado por: Investigador

### 3.5.2 Variable Dependiente:

**TABLA N° 5** Operacionalización de la V.D: Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes adolescentes.

| Concepto   | Dimensión                                 | Subdimensión  | Indicador  | Ítem  | Técnica e Instrumento          |
|--|---|---|--|---|--------------------------------|
| Son las contracciones uterinas por lo menos de 3 en 30 minutos, sin cambios cervicales con una dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas de gestación. | Prematurez                                | Nacido antes de las 37 semanas cumplidas (259 días)   | Incremento de la descarga vaginal, sangrado o hemorragia, 5 contracciones en el lapso de una hora, dolores o presión en la zona lumbar, etc. | Infecciones vaginales, alta presión arterial, bajo peso antes del embarazo, fumar, beber alcohol, el uso de drogas ilícitas, etc.   | Revisión de historias clínicas |
|  | Inadecuado o ausente control del embarazo | Prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. | Diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, la condición materna, factores de riesgo, y educar a la madre                          | El control del embarazo el primero dentro de las primeras 20 semanas posteriormente se realizara orto a las 22 y 27 semanas; las 28 y 33 semanas; las 34 y 37 semanas y entre las 38 y 40 semanas.<br>Exámenes de laboratorio:<br>Grupo sanguíneo<br>Urocultivo<br>VDRL<br>HIV<br>Hematocrito<br>Glicemia<br>Albuminuria<br>Papanicolaou<br>Ecografía |                                |

|  |                     |   |  |  |  |
|--|---------------------|---|--|--|--|
|  | Mortalidad materna  | Durante o poco después de un embarazo             | Injusticia social, inequidad de género y la pobreza.   | Problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud   |  |
|  | Mortalidad neonatal | Los nacidos antes de alcanzar los 28 días de edad | El hecho de la bioseguridad, acompañado de la necesidad de trabajar más en la atención a los neonatos, en el sector público. | Al existir dificultades técnicas y operativas en las áreas de neonatología la accesibilidad, disponibilidad o calidad se ponen a prueba cuando un recién nacido requiere de atención médica urgente. |  |

Elaborado por: Investigador

### 3.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

**Revisión de Historias Clínica:** Esta técnica es la fundamental pues de aquí se extraerá la información para los análisis estadísticos y comparativos de la investigación.

**Observación:** Está técnica se utiliza para observar críticamente a las pacientes gestantes adolescentes.

### 3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Tabla 6. Plan de recolección de datos

| <b>TÉCNICAS</b>  | <b>ACTIVIDADES – INVOLUCRADO</b>  |
|--|---|
| <b>¿PARA QUÉ?</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer conocimiento de estrategias de prevención en la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes adolescentes.</li></ul> |
| <b>¿A QUÉ PERSONAS O SUJETOS?</b>                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• A las pacientes gestantes adolescentes</li></ul>  |
| <b>¿SOBRE QUÉ ASPECTOS?</b>                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Factores Maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en adolescentes.</li></ul>                                  |
| <b>¿QUIÉN?</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Investigador</li></ul>  |
| <b>¿CUÁNDO?</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• 2012 2013</li></ul>   |
| <b>¿CUAL ES EL LUGAR DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN?</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Centro Maternidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga.</li></ul>            |
| <b>¿QUÉ TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN?</b>                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión de Historias Clínicas</li><li>• Observación</li></ul>  |
| <b>¿CON QUÉ?</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Historias Clínicas</li><li>• Guía de Observación</li></ul>  |
| <b>¿EN QUE SITUACIÓN?</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante el proceso de su enfermedad</li></ul>   |

Fuente: Elaborado por el investigador

### 3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se utilizará herramientas informáticas para realizar la tabulación de los datos tomados de la revisión de historia clínicas de las pacientes gestantes adolescentes con Amenaza de Parto Pretérmino, se procesará la información mediante IBM SPSS y Excel, adicionalmente se desarrollarán tablas y gráficos.

### **Procederemos de la siguiente manera**

- ❖ Revisión de la información recogida.
- ❖ Tabulación de la información obtenida
- ❖ Efectuar cuadros según las variables de la hipótesis; manejo de información, estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

### **Análisis e Interpretación de Resultados**

- ❖ Se analizará los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo a los objetivos del tema.
- ❖ Interpretación de los resultados obtenidos.
- ❖ Comprobación de hipótesis.
- ❖ Establecimiento conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO IV**

### **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

#### **4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:**

Para la presente investigación una vez recolectada la información se procederá a la tabulación y ordenamiento a través del programa Excel, organizando de la forma más clara posible, la información de acuerdo al interés del estudio.

Lo cual se realizará de una manera gráfica, para mayor comprensión del significado de los datos, se estudiará cada uno de los resultados por separado para relacionarlos con el marco teórico; dando la pauta para verificar o rechazar la hipótesis del problema de investigación.

#### **4.2. INTERPRETACIÓN DE DATOS:**

En base a la recolección de los datos en el área de estadística del Hospital General Latacunga, la cual está dirigida a pacientes con factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el mes de Noviembre 2012 - Abril del 2013”

##### **4.2.1 DATOS OBTENIDOS:**

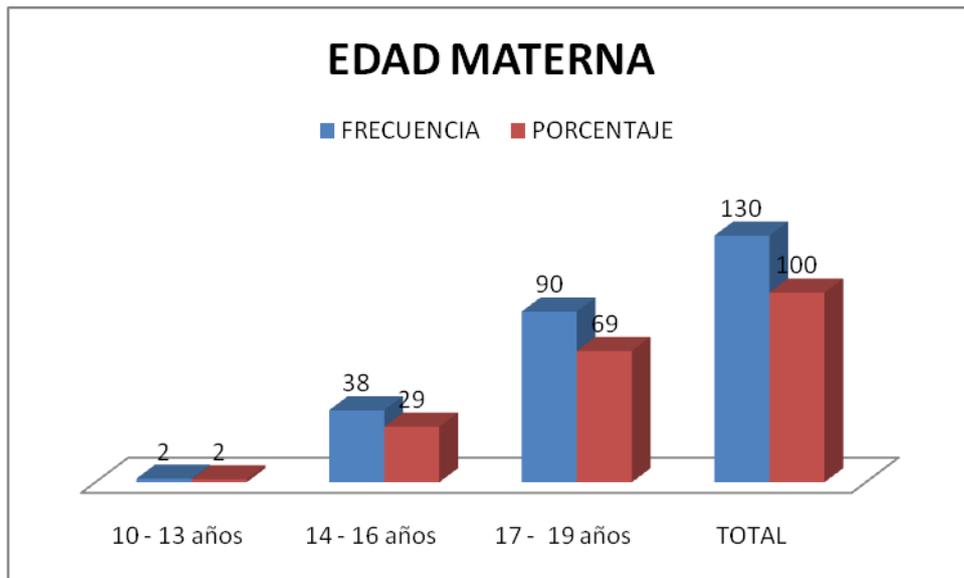
###### **EDAD MATERNA:**

Edad en años que tiene la mujer al momento del estudio. En el caso de las adolescentes serán agrupada según la clasificación de la OMS, en adolescencia temprana, media y tardía.

**TABLA N° 7 EDAD MATERNA**

| EDAD MATERNA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| 10 - 13 años | 2          | 2          |
| 14 - 16 años | 38         | 29         |
| 17 - 19 años | 90         | 69         |
| TOTAL        | 130        | 100        |

**GRÁFICO N°6 EDAD MATERNA**



**ANÁLISIS:**

Se observa que existe un porcentaje de 69 % entre las edades de 17 a 19 años, seguido de 29 % entre las edades de 14 a 16 años y por ultimo 2 % entre las edades 10 a 13 años.

**INTERPRETACIÓN:**

La incidencia del embarazo en adolescentes oscila en las edades de 17 a 19 años.

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. (20)

Es importante destacar la relación que existe entre en nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades. (20)

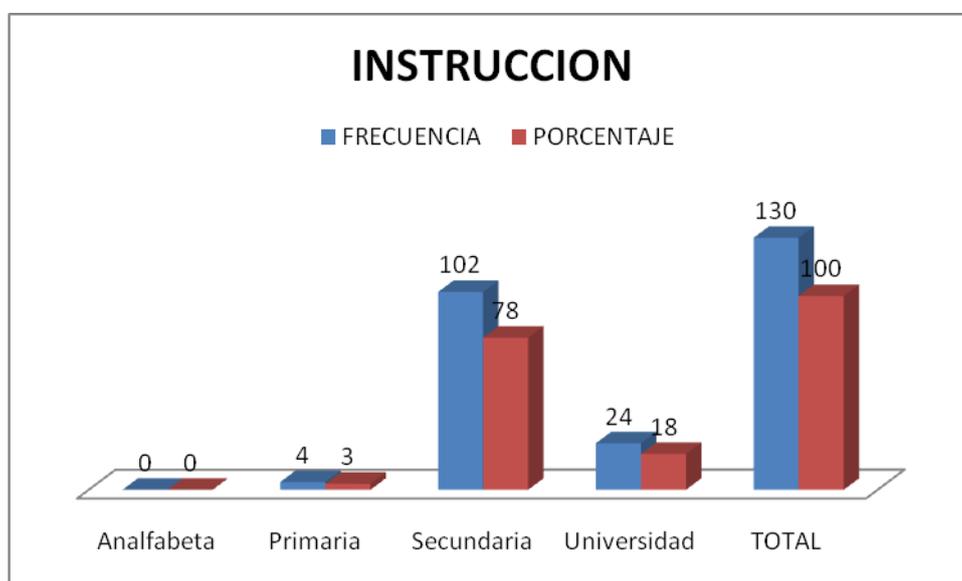
## INSTRUCCIÓN:

Nivel de preparación académica alcanzado por la adolescente.

**TABLA N° 8 NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

| INSTRUCCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| Analfabeta  | 0          | 0          |
| Primaria    | 4          | 3          |
| Secundaria  | 102        | 78         |
| Universidad | 24         | 18         |
| TOTAL       | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 7 NIVEL DE INSTRUCCIÓN**



## ANÁLISIS:

Las gestantes con un nivel de instrucción secundaria están en un 78 %, a nivel universitario el 18% y el 3 % se encuentran en la primaria.

## INTERPRETACIÓN:

Existe un porcentaje alto de adolescentes gestantes que se encuentra en un nivel secundario, esto indica que las adolescentes se encuentran en su vida estudiantil donde existen cambios biológicos, psicológicos y sociales que dificultan el camino de las mismas, adicionando el problema del embarazo. Debido a que dependen de sus padres tanto económicamente y afectivamente, posiblemente algunas de éstas pacientes no

presentarán apoyo alguno y tratarán de salir de sus estudios para trabajar y mantener su nueva vida con el nacimiento, lo que hace que se detengan sus metas de estudios para títulos profesionales.

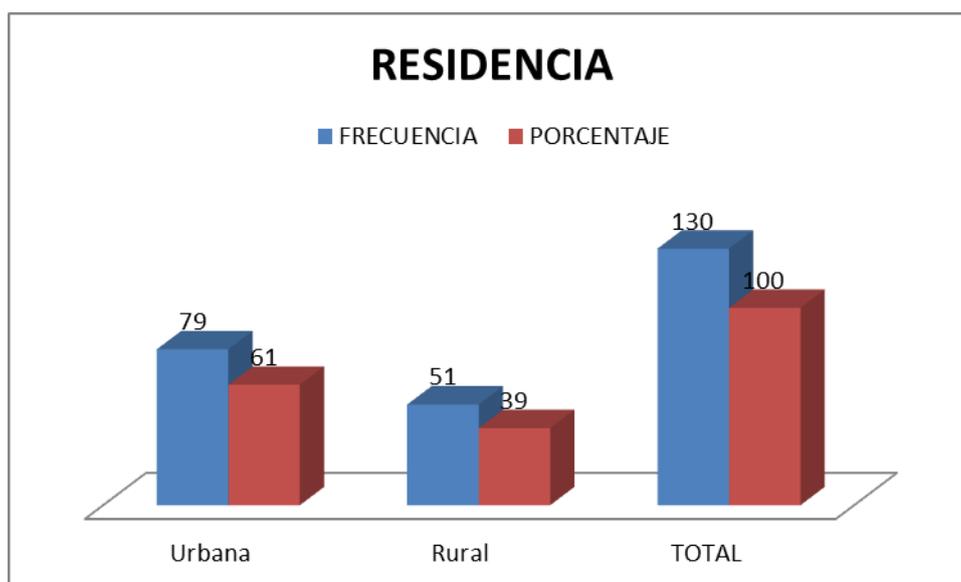
### **RESIDENCIA:**

Condiciones del lugar donde habita la adolescente.

**TABLA N° 9 RESIDENCIA**

| RESIDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| Urbana     | 79         | 61         |
| Rural      | 51         | 39         |
| TOTAL      | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 8 RESIDENCIA**



### **ANÁLISIS:**

Los datos indican que existe un 61 % de adolescentes gestantes que presentan factores maternos viviendo en la zona urbana y un 39 % en la zona rural.

## **INTERPRETACIÓN:**

Las adolescentes de la zona urbana se encuentran en alta incidencia para amenaza de parto pretérmino.

Según el Ministerio de Salud de Chile, el embarazo en adolescentes es considerado un problema de Salud Pública grave, cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. La incidencia anual del embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16%. Se recomienda considerar las variaciones que presentan las distintas zonas, registrándose la mayor incidencia anual en la octava región. (20)

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces.

Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. En países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo como El Salvador, constituyen cerca del 25% y en países africanos se aproxima al 45% del total de embarazos. Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. (20)

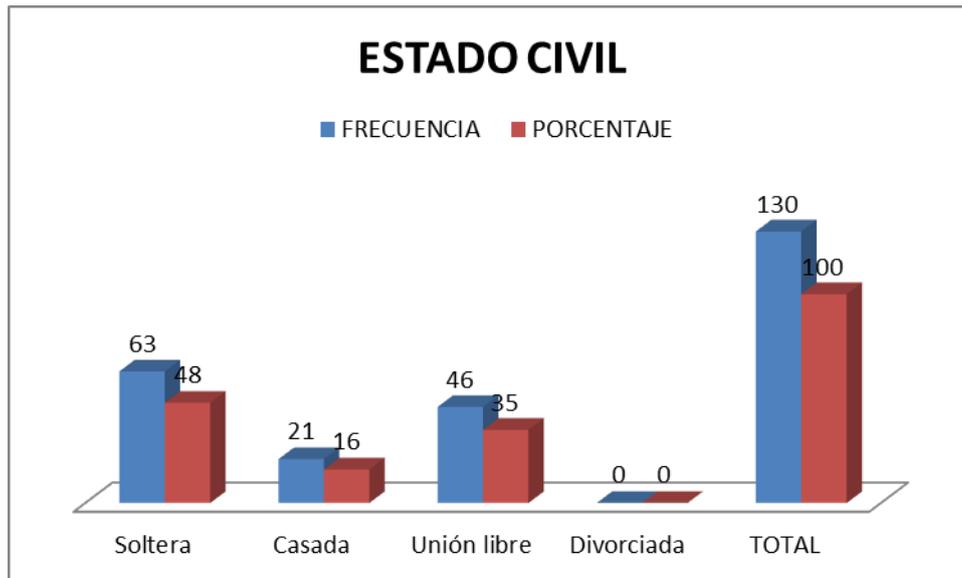
## **ESTADO CIVIL:**

Condición social de la adolescente como parte de una pareja

**TABLA N° 10 ESTADO CIVIL**

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| Soltera      | 63         | 48         |
| Casada       | 21         | 16         |
| Unión libre  | 46         | 35         |
| Divorciada   | 0          | 0          |
| TOTAL        | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 9 ESTADO CIVIL**



**ANÁLISIS:**

Según el estado civil de adolescentes gestantes, el 48 % son madres solteras, el 35 % se encuentra en unión libre, mientras que el 16% son casadas.

**INTERPRETACIÓN:**

El porcentaje de pacientes solteras permite asumir la posibilidad de que se encuentran sin apoyo de su pareja para enfrentar el proceso de gestación, es muy probable además que al no disponer de apoyo emocional y/o económico, un número de pacientes podría derivar en estrés gestacional y algunas desarrollen una depresión postparto.

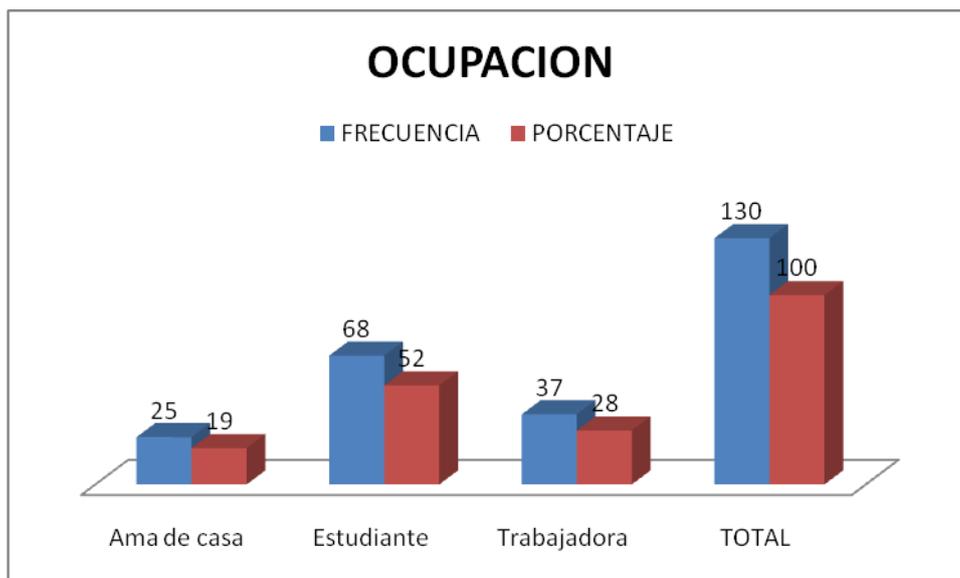
**OCUPACIÓN:**

Actividad, remunerada o no, a la que se dedica la adolescente al momento del estudio.

**TABLA N° 11 OCUPACIÓN**

| OCUPACIÓN   | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| Ama de casa | 25         | 19         |
| Estudiante  | 68         | 52         |
| Trabajadora | 37         | 28         |
| TOTAL       | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 10 OCUPACIÓN**



**ANÁLISIS:**

El 52 % de las adolescentes gestantes se encuentran en el ámbito académico, el 28 % se encuentra laborando, en tanto que el 19 % son amas de casa.

**INTERPRETACIÓN:**

Existe una mayor incidencia de adolescentes gestantes que se encuentra en su vida estudiantil, esto es un factor clave de riesgo puesto que se incrementa la probabilidad de que un número de pacientes habrán de abandonar sus estudios para iniciarse en la maternidad y la crianza del nuevo ser.

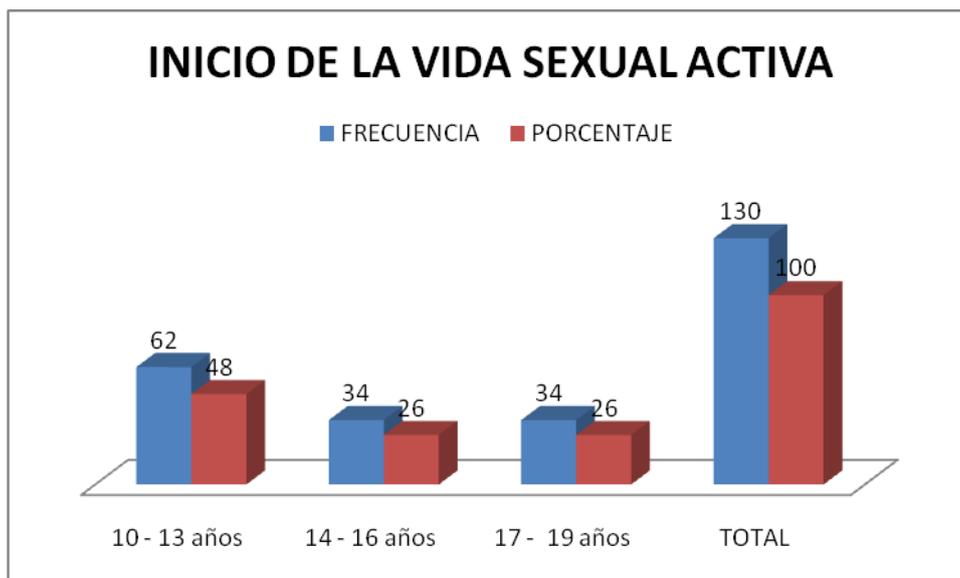
**INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA:**

Edad a la cual la adolescente empieza a tener relaciones sexuales

**TABLA N° 12 INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA**

| INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------------|------------|------------|
| 10 - 13 años                    | 62         | 48         |
| 14 - 16 años                    | 34         | 26         |
| 17 - 19 años                    | 34         | 26         |
| TOTAL                           | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 11 INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA**



**ANÁLISIS:**

El mayor índice del 48 % de inicio en la vida sexual se presenta entre las edades de 10 a 13 años, seguido de una constancia del 26% en las edades de entre 14 a 16 y de 17 a 19 años.

**INTERPRETACIÓN:**

Se identifica una alta prevalencia en el inicio de vida sexual activa a tempranas edades, la transformación social y cultural a nivel global asociado a diversos factores familiares, sociales e institucionales no inciden en una adecuada preparación para el manejo de una sana vida afectiva.

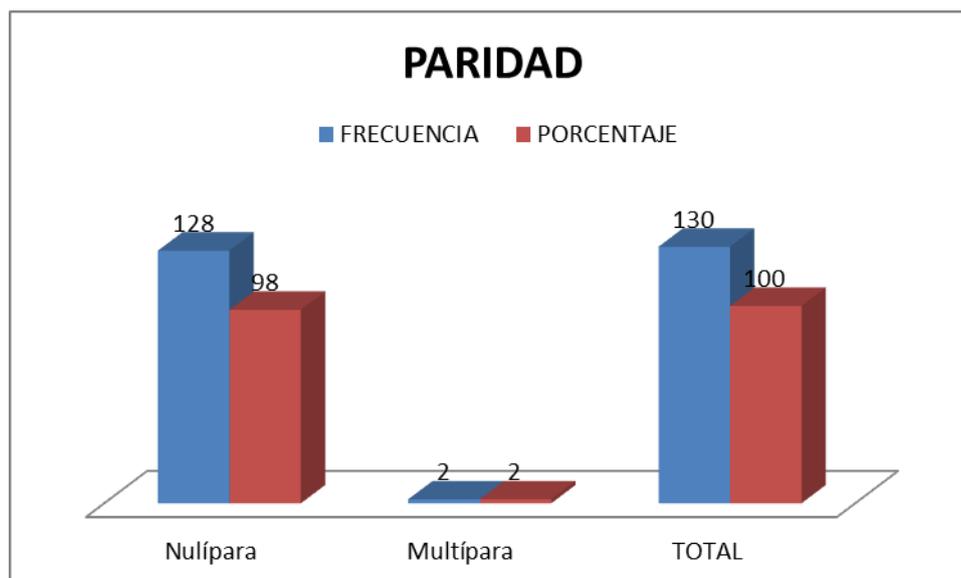
**PARIDAD:**

Número de partos que haya tenido anteriormente

**TABLA N° 13 PARIDAD**

| PARIDAD   | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| Nulípara  | 128        | 98         |
| Múltipara | 2          | 2          |
| TOTAL     | 130        | 100        |

## GRÁFICO N° 12 PARIDAD



### ANÁLISIS:

Se registra un alto porcentaje del 98% de adolescentes nulíparas y una mínima diferencia del 2% de multíparas.

### INTERPRETACIÓN:

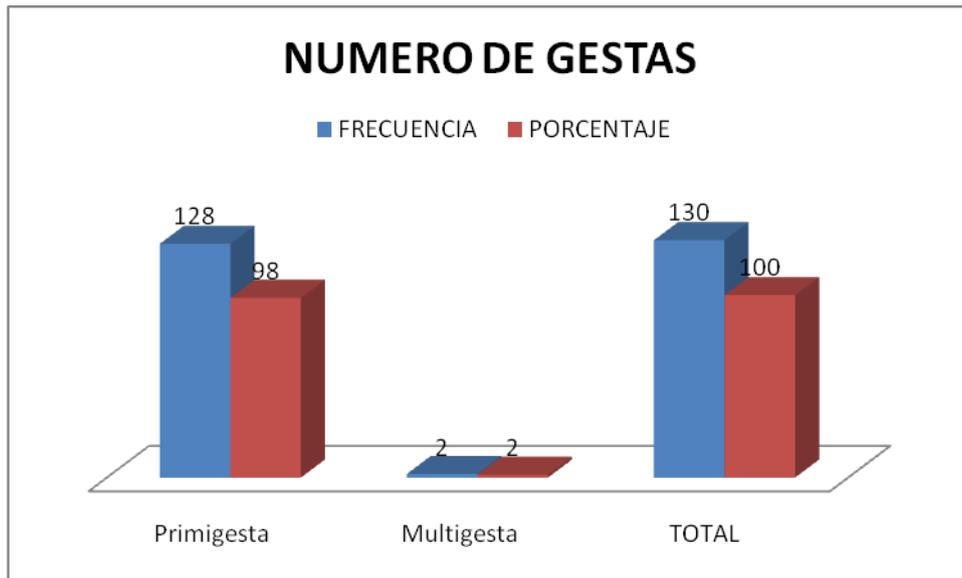
En la mayoría de adolescentes nulíparas es altamente probable que la causa sea debido a la falta de conocimiento sobre planificación familiar y educación sexual tanto en el hogar como en las instituciones educativas.

### NUMERO DE GESTAS:

**TABLA N° 14 NUMERO DE GESTAS**

| NUMERO DE GESTAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| Primigesta       | 128        | 98         |
| Multigesta       | 2          | 2          |
| TOTAL            | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 13 NUMERO DE GESTAS**



**ANÁLISIS:**

Las gestantes primigestas oscilan en un 98% siendo la incidencia más alta que las multigestas que registran el 2%.

**INTERPRETACIÓN:**

La similitud en la tasa de paridad se debe a que se encuentran relacionadas con el número de gestas.

El Hospital de Chicago señala que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

20

## ABORTOS:

Expulsión o extrusión de un embrión o feto no viable menor de 20 semanas, y/o menor de 500g.

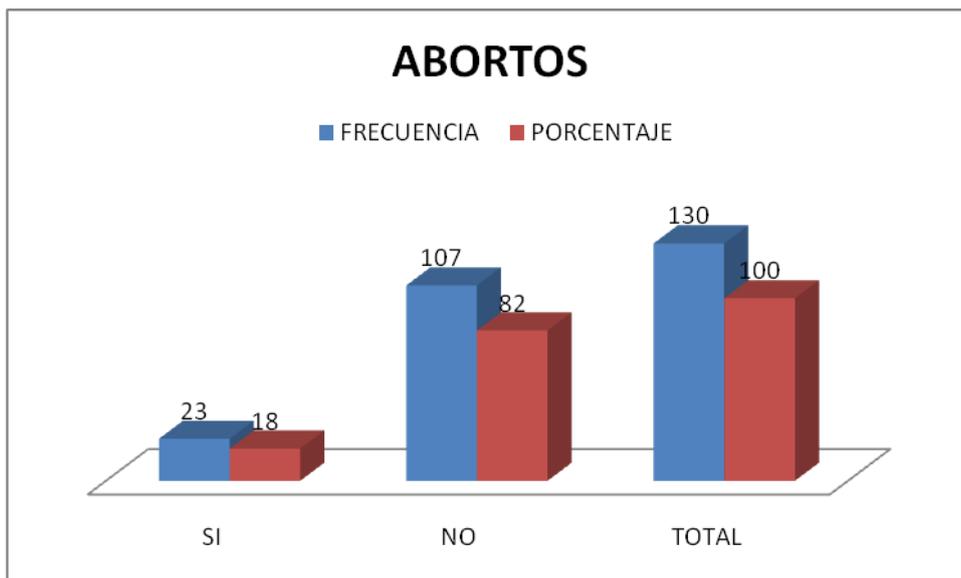
**TABLA N° 15 ABORTOS**

| ABORTOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------|------------|------------|
| SI      | 23         | 18         |
| NO      | 107        | 82         |
| TOTAL   | 130        | 100        |

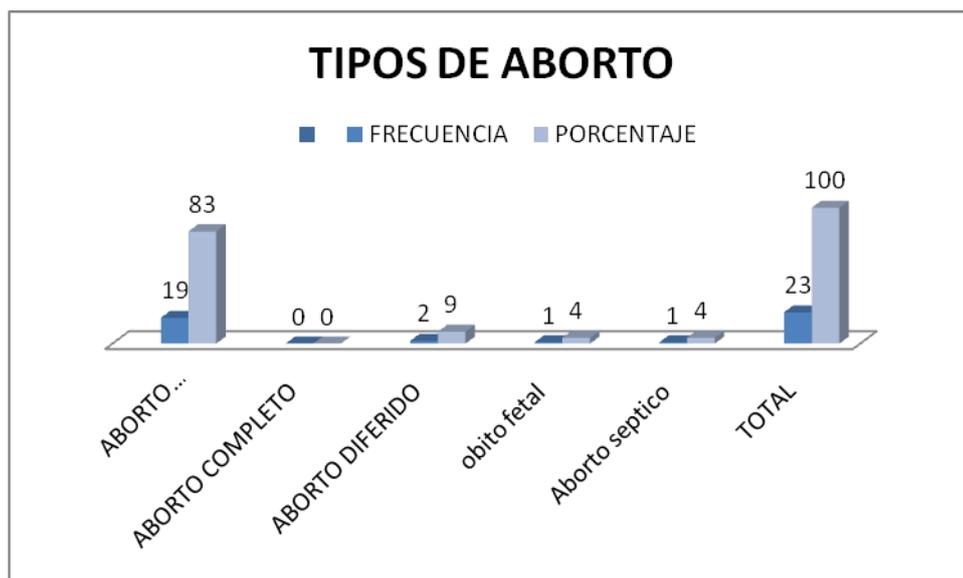
**TABLA N° 16 TIPOS DE ABORTOS**

| TIPOS DE ABORTOS  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| ABORTO INCOMPLETO | 19         | 83         |
| ABORTO COMPLETO   | 0          | 0          |
| ABORTO DIFERIDO   | 2          | 9          |
| óbito fetal       | 1          | 4          |
| Aborto séptico    | 1          | 4          |
| TOTAL             | 23         | 100        |

**GRÁFICO N° 14 ABORTOS**



**GRÁFICO N° 15 TIPOS DE ABORTOS**



### **ANÁLISIS:**

Existe un 18% de adolescentes que presentan un aborto en el transcurso de su vida sexual concerniente a las 130 pacientes de estudio. Del total de 1940 atendidas durante los 6 meses la incidencia de abortos fue de 24%.

Siendo en las adolescentes el aborto incompleto el que se incurre con mayor frecuencia con un 83% seguido de un 9% de abortos diferidos y un 4% de abortos sépticos.

### **INTERPRETACIÓN:**

El número de abortos en relación a la población es moderado; Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una relación de un aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos en el mundo, pero en algunas regiones la relación es mayor.

En el país se registran 300.000 embarazos por año, pero –según Bernarda Salas, directora de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud– uno de cada dos es no deseado y uno de cada cinco es de adolescentes. Solo en la maternidad de la Junta de Beneficencia abortaron 15.121 adolescentes en los últimos ocho años y 5.376 tenían menos de 15 años.

Son tres las maternidades estatales que más expulsiones concentraron en el 2007: la Isidro Ayora, de Quito, con 2.465 abortos frente a 11.231 partos; la Mariana de Jesús, del Suburbio de Guayaquil, con 1.170 abortos frente a 3.660 nacimientos (uno de cada

tres); y la Matilde Hidalgo de Procel, del Guasmo, con 1.168 abortos frente a 4.131 partos (uno de cada cuatro). (23)

### **CESÁREAS:**

Extracción del feto, placenta y membranas ovulares, a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina, realizada previo al embarazo actual.

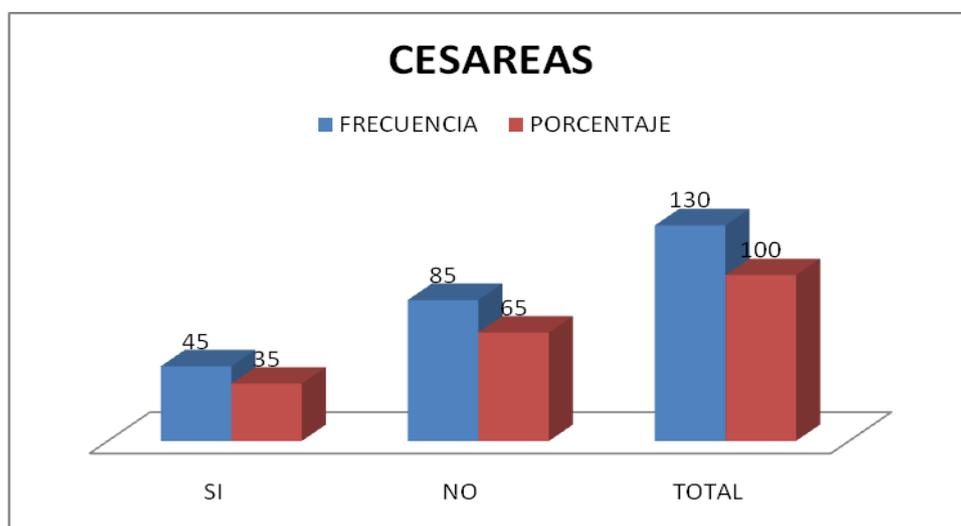
**TABLA N° 17 CESÁREA**

| CESÁREAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------|------------|------------|
| SI       | 45         | 35         |
| NO       | 85         | 65         |
| TOTAL    | 130        | 100        |

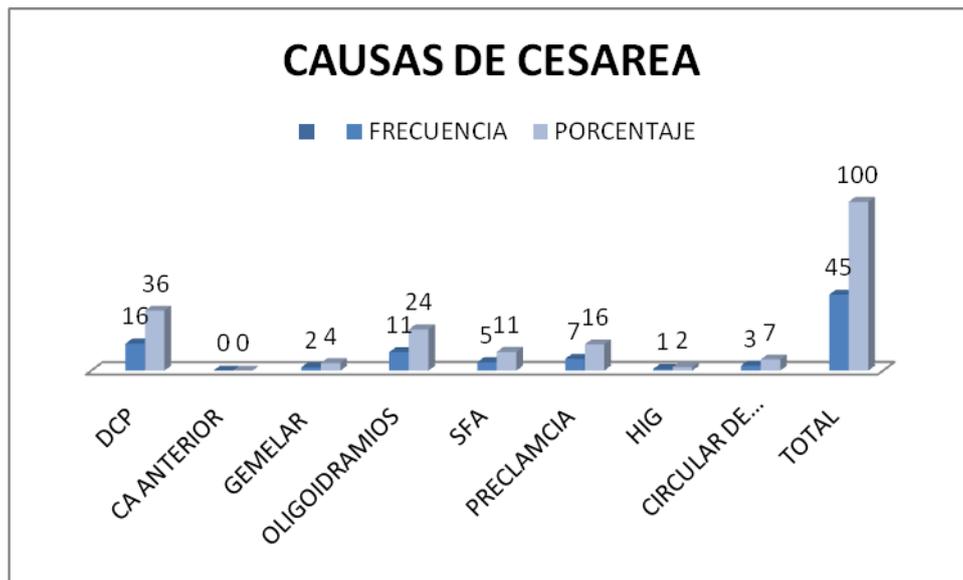
**TABLA N° 18 CAUSAS DE CESÁREA**

| CAUSAS DE CESÁREA  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|------------|
| DCP                | 16         | 36         |
| CA ANTERIOR        | 0          | 0          |
| GEMELAR            | 2          | 4          |
| OLIGOHIDRAMIOS     | 11         | 24         |
| SFA                | 5          | 11         |
| PREECLAMPSIA       | 7          | 16         |
| HIG                | 1          | 2          |
| CIRCULAR DE CORDÓN | 3          | 7          |
| TOTAL              | 45         | 100        |

**GRÁFICO N° 16 CESÁREA**



**GRÁFICO N° 17 CAUSAS DE CESÁREA**



### **ANÁLISIS:**

Se observa un 35 % de pacientes adolescentes que terminan su gestación en cesárea esto es correspondiente a las 130 de la población de estudio. En cuanto a las 1940 mujeres embarazadas atendidas en los 6 meses de investigación se presentó un 32 % de intervenciones, entre la etiología con mayor porcentaje destaca el DCP en un 38 %, seguido del oligohidramnios en 24 %, preeclampsia en un 16 %, sufrimiento fetal agudo 11 % , circular de cordón en un 7 % y en un porcentaje mínimo 2 % por hipertensión gestacional.

### **INTERPRETACIÓN:**

La cantidad de cesáreas es moderada en relación al total de paciente, además muestran que la incidencia se debe principalmente a la Desproporción Céfalopélvica o como etiología secundaria el oligohidramnios.

Ecuador es el segundo país, luego de México, en donde se practica un mayor número de cesáreas en los hospitales y clínicas privadas. Esto, según estadísticas la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 2007 publicó un estudio que incluyó a ocho países de América Latina. (23)

Durante siete meses, la OMS investigó una muestra de 12.484 mujeres en estado de

gestación, en 18 hospitales y clínicas del país (Hospital Metropolitano, Isidro Ayora, Enrique Garcés, Clínica Mosquera y entre otros). De esa cifra 5 047 mujeres dieron a luz por cesárea electiva (cuando se observa una complicación en el feto), urgencia sin trabajo de parto (cuando no hubo dilatación) e intraparto, en el momento mismo del procedimiento.

La investigación precisa que en el Ecuador se practica un 40% de cesáreas, y si bien protege al niño, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Las cifras coinciden con la Asociación Alumbrando, comunidad por el arte del bien nacer, que está en contra de esta práctica en el país. (23)

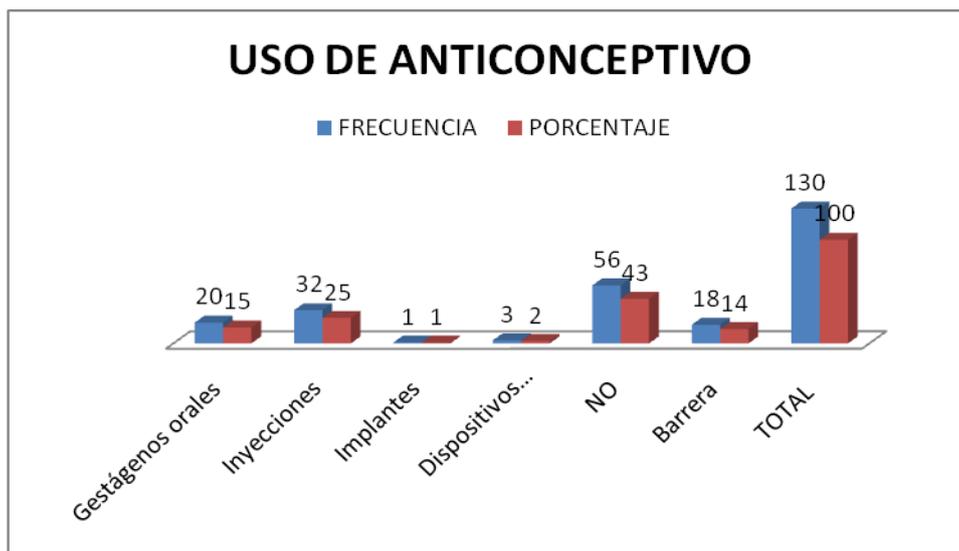
### **USO DE ANTICONCEPTIVO DURANTE EL TRANCURSO DE SU VIDA SEXUAL:**

Acción y efecto de evitar la fecundación mediante uso de fármacos o métodos específicos.

**TABLA N° 19 USO DE ANTICONCEPTIVO**

| USO DE ANTICONCEPTIVO      | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|------------|
| Gestágenos orales          | 20         | 15         |
| Inyecciones                | 32         | 25         |
| Implantes                  | 1          | 1          |
| Dispositivos Intrauterinos | 3          | 2          |
| NO                         | 56         | 43         |
| Barrera                    | 18         | 14         |
| TOTAL                      | 130        | 100        |

## GRÁFICO N° 18 USO DE ANTICONCEPTIVO



### ANÁLISIS:

Existe un 43 % de pacientes adolescentes que no usan ningún método de planificación familiar, seguido de 25 % con el métodos inyectables, 15% gestágenos orales, 14 % con el método de barrera, 2 % los dispositivos intrauterinos, 1 % los implantes.

### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las pacientes no procuran en su totalidad utilizar métodos de planificación familiar, nuevamente se insinúa la carencia de una correcta educación en temas de sexualidad, protección contra enfermedades y planificación de embarazos.

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo.

Se ha determinado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia. (20)

Un estudio llevado a cabo en el área Oriente de Santiago de Chile tuvo como objetivo dar a conocer la relación previa entre la educación sexual y el uso de MAC en las adolescentes que se embarazan. Se trata de un análisis retrospectivo y descriptivo de fichas clínicas (n=347) de donde se extrajeron datos respecto a la edad del embarazo, escolaridad, existencia de educación sexual previa a la concepción, dónde la recibió, conocimiento de MAC, solicitud, utilización y tiempo de uso de ellos. Con respecto a los resultados, casi un 80% había recibido alguna vez algún tipo de educación sexual. La mayoría de éstos la recibió tanto en el hogar como en el colegio. Un 98.55% conocía algún tipo de método anticonceptivo, sin embargo de los que refirieron haber recibido algún tipo de educación sexual, sólo un 34% utilizó alguno de éstos. Los otros no los ocuparon por vergüenza o miedo. De los que si usaron, la mayoría (55.1%) usó anticonceptivos orales. (20)

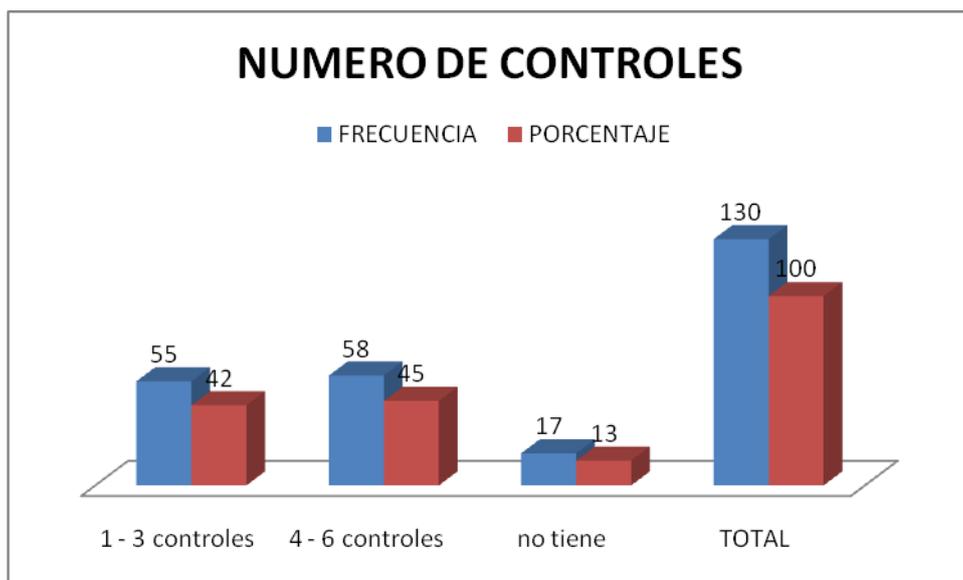
#### **NUMERO DE CONTROLES:**

Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto ocurra en óptimas condiciones.

**TABLA N° 20 NUMERO DE CONTROLES**

| NUMERO DE CONTROLES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| 1 - 3 controles     | 55         | 42         |
| 4 - 6 controles     | 58         | 45         |
| no tiene            | 17         | 13         |
| TOTAL               | 130        | 100        |

## GRÁFICO N° 19 NUMERO DE CONTROLES



### ANÁLISIS:

El índice de controles de embarazo muestra un porcentaje de 45% en la frecuencia de 4 a 6 durante el periodo de gestación, de 1 a 3 controles en un porcentaje de 42% y de 13% como controles prenatales no realizados.

### INTERPRETACIÓN:

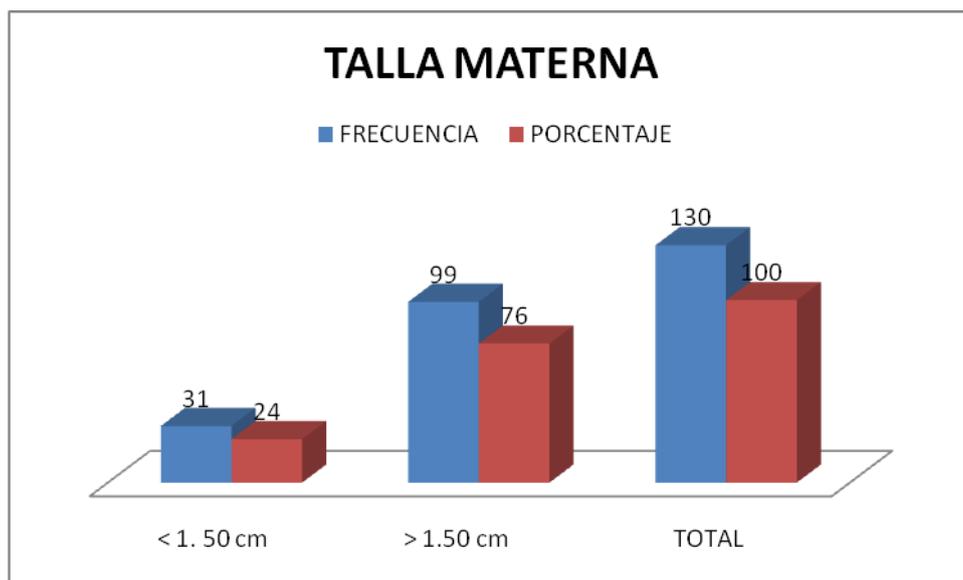
El interés por parte de las gestantes adolescentes por cómo transcurre su proceso de embarazo y del bienestar del mismo es aceptable, sin embargo todavía existe un mínimo porcentaje que no acuden a realizarse un adecuado control prenatal.

### TALLA MATERNA:

**TABLA N° 21 TALLA MATERNA**

| TALLA MATERNA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| < 1. 50 cm    | 31         | 24         |
| > 1.50 cm     | 99         | 76         |
| TOTAL         | 130        | 100        |

## GRÁFICO N° 20 TALLA MATERNA



### ANÁLISIS:

Se observa un porcentaje del 76 %, que representa a las adolescentes con una talla mayor a 1.50 cm, seguido de un 24 % de adolescentes con una talla menor a 1.50 cm.

### INTERPRETACIÓN:

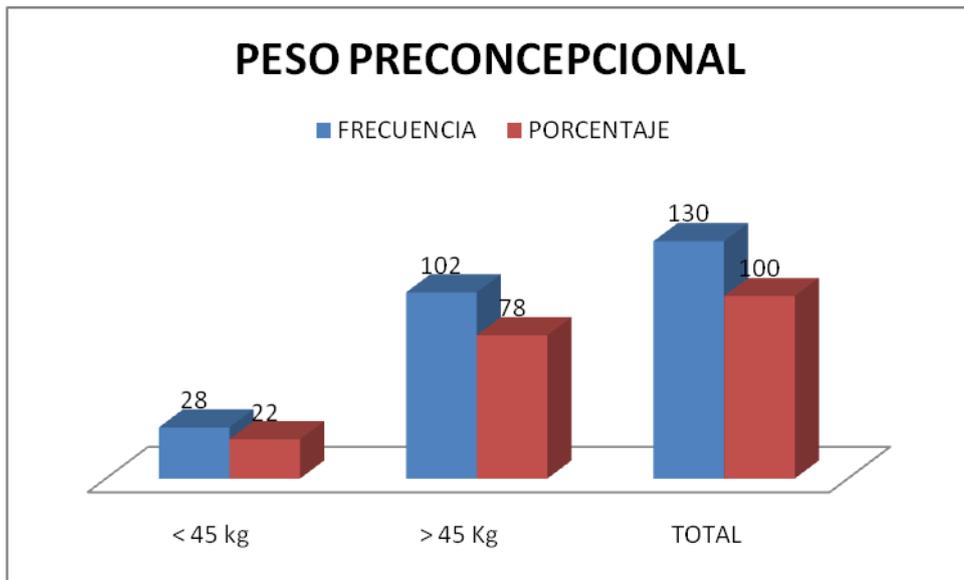
La talla se encuentra relacionada con el desarrollo corporal con referencia a la edad de la adolescente, lo que predomina en este estudio es una talla mayor, lo que favorece a evitar complicaciones y riesgos durante el embarazo.

### PESO PRECONCEPCIONAL:

**TABLA N° 22 PESO PRECONCEPCIONAL**

| PESO PRECONCEPCIONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| < 45 kg              | 28         | 22         |
| > 45 Kg              | 102        | 78         |
| TOTAL                | 130        | 100        |

## GRÁFICO N° 21 PESO PRECONCEPCIONAL



### ANÁLISIS:

Existe un porcentaje del 78% de pacientes adolescentes que presentan un peso preconcepcional mayor a 45 kg y un 22% menor a 45 kg.

### INTERPRETACIÓN:

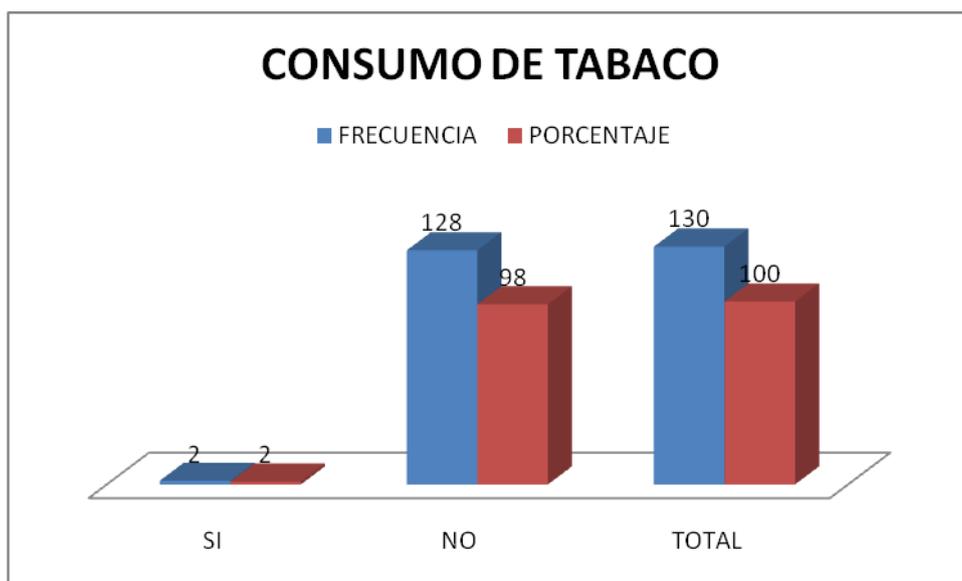
El peso preconcepcional en la mayoría de paciente es el adecuado para un normal desarrollo del embarazo y evitar futuras complicaciones.

### FUMA:

**TABLA N° 23 CONSUMO DE TABACO**

| FUMA  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| SI    | 2          | 2          |
| NO    | 128        | 98         |
| TOTAL | 130        | 100        |

## GRÁFICO N° 22 CONSUMO DE TABACO



### ANÁLISIS:

Se aprecia un 98% de paciente que no consumen tabaco y un 2% que si inciden en el consumo del mismo.

### INTERPRETACIÓN:

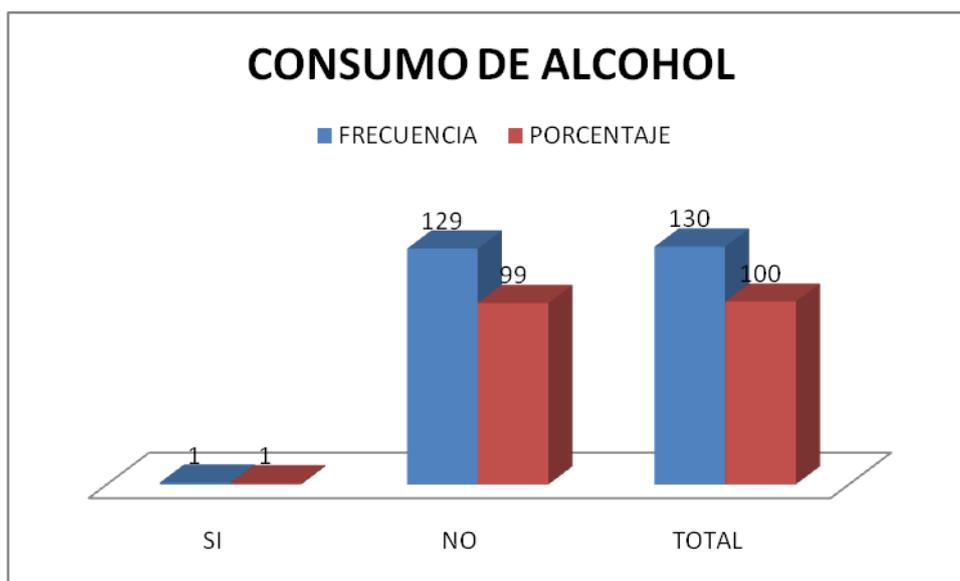
La incidencia del consumo del tabaco es mínima en comparación con la población estudiada lo cual no representa un índice de riesgo determinante.

### CONSUME ALCOHOL:

**TABLA N° 24 CONSUMO DE ALCOHOL**

| CONSUME ALCOHOL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| SI              | 1          | 1          |
| NO              | 129        | 99         |
| TOTAL           | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 23 CONSUMO DE ALCOHOL**



**ANÁLISIS:**

El 99% de las pacientes no incurren en el consumo de alcohol y que tan solo el 1% si lo consume.

**INTERPRETACIÓN:**

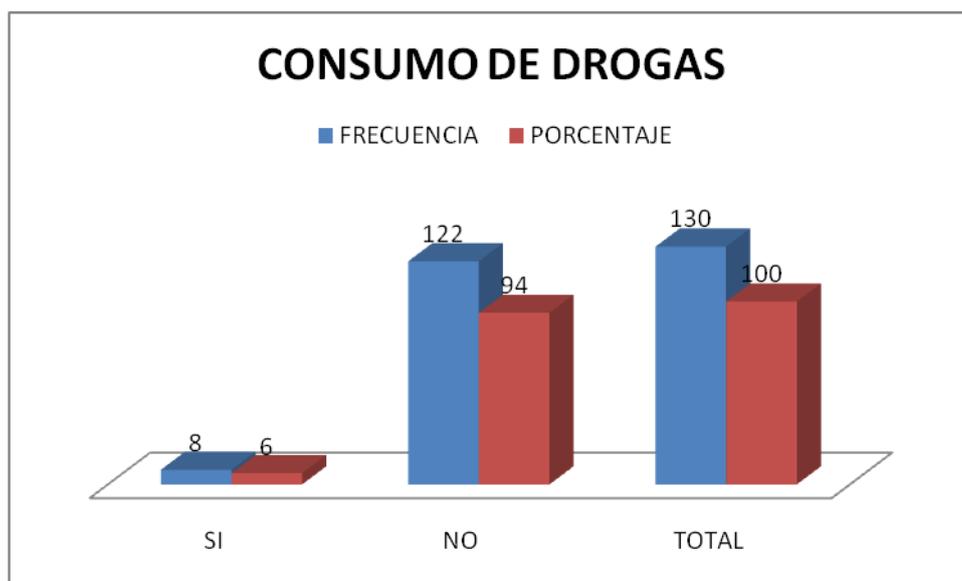
El consumo de alcohol no es factor relevante dado su bajo índice de uso en la población analizada, por tanto no representará un riesgo en el desarrollo del embarazo, sin embargo, su ingesta está contraindicada durante dicha etapa.

**CONSUME DROGAS:**

**TABLA N° 25 CONSUMO DE DROGAS**

| CONSUME DROGAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|------------|------------|
| SI             | 8          | 6          |
| NO             | 122        | 94         |
| TOTAL          | 130        | 100        |

## GRÁFICO N° 24 CONSUMO DE DROGAS



### ANÁLISIS:

Da como resultado un porcentaje de 94 % de pacientes que no ingieren ninguna sustancia en el transcurso de su gestación y un 6 % reportan haberlas utilizado.

### INTERPRETACIÓN:

A pesar de que el índice es mínimo, se recomienda restringir y suprimir por completo el uso de drogas durante el embarazo para evitar malformaciones y trastornos.

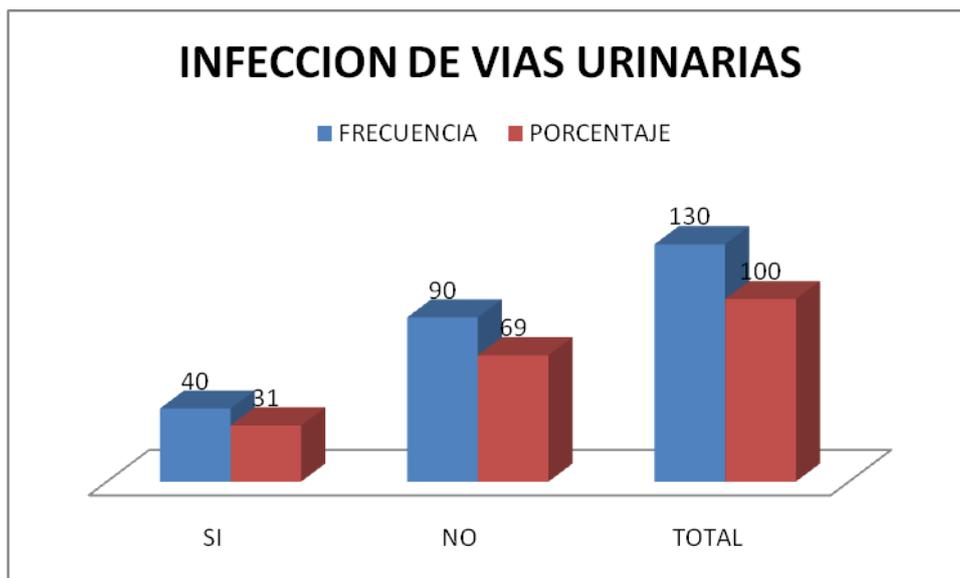
### INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS:

Infección de vías urinarias diagnosticada en la segunda mitad del embarazo

**TABLA N° 26 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS**

| INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------|------------|------------|
| SI                          | 40         | 31         |
| NO                          | 90         | 69         |
| TOTAL                       | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 25 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS**



**ANÁLISIS:**

Se visualiza una incidencia del 69% de pacientes adolescentes que no sufren de infecciones de vías urinarias y un 31% que si padecen de esta patología.

**INTERPRETACIÓN:**

El número de casos presenta un moderado factor de riesgo, es importante considerar medidas pertinentes para minimizar la amenaza de parto pretérmino u otras complicaciones derivadas.

En la ciudad de Guayaquil, en el Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel, ubicado al sur de la ciudad, sector del Guasmo, con el propósito de conocer la asociación que existe entre la ruptura prematura de membranas en embarazos de adolescentes y la relación con la infección de vías urinarias. Se realizó un estudio Retrospectivo, Descriptivo, Analítico. Se evaluaron 84 con el diagnostico de RPM con relación a la infección de vías urinarias. La información de cada una de ellas fue registrada en un formulario en que se incluyeron las variables: edad, escolaridad, estado civil, procedencia, control prenatal, antecedentes de infecciones vaginales, antecedentes de infección del tracto urinario, antecedentes patológicos obstétricos, paridad. Los resultados obtenidos fueron: La edad de menor de 16-17 años de edad con el 38%. La procedencia de zona rural con el 60%. La condición de unión libre con el 55%. Como antecedente obstétrico la nuliparidad se presentó en el 67%. La infección de vías

urinarias estuvo presente en el 83% de las embarazadas adolescentes. (24)

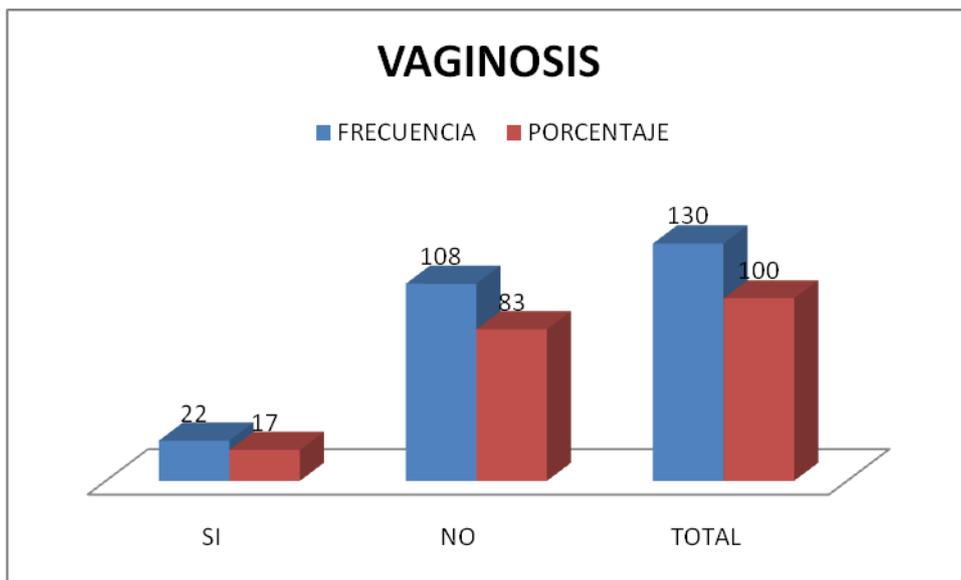
**VAGINOSIS:**

Aumento de las secreciones vaginales, ya sea o no patológica.

**TABLA N° 27 VAGINOSIS**

| VAGINOSIS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| SI        | 22         | 17         |
| NO        | 108        | 83         |
| TOTAL     | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 26 VAGINOSIS**



**ANÁLISIS:**

El 17% presentan un diagnóstico de vaginosis en el transcurso de su gestación y un 83% no lo presentan.

**INTERPRETACIÓN:**

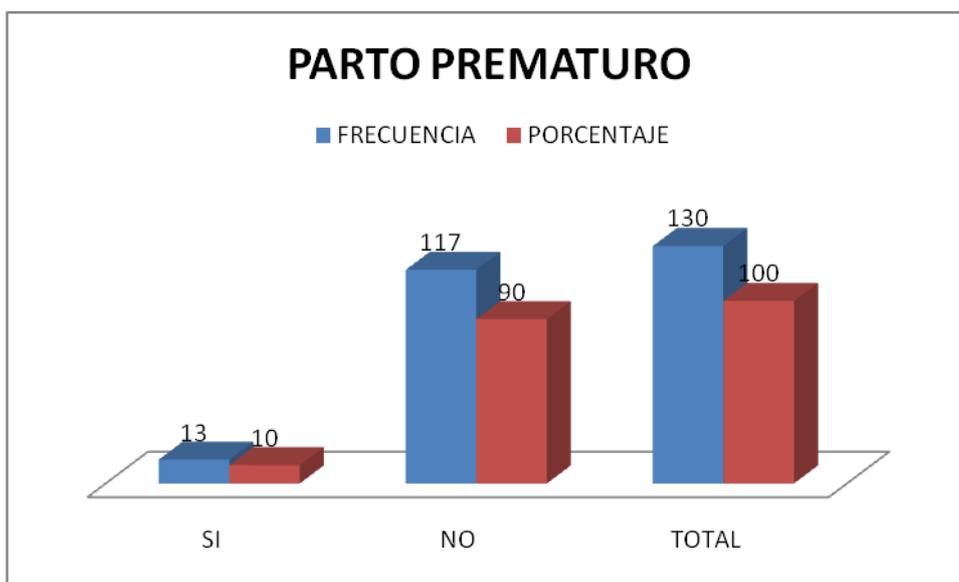
La presencia de vaginosis en los cuadros estudiados es mínima, su influencia no es relevante porque no representa un alto riesgo en este caso.

## **PARTOS PREMATURO:**

**TABLA N° 28 PARTOS PREMATURO**

| PARTOS PREMATURO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| SI               | 13         | 10         |
| NO               | 117        | 90         |
| TOTAL            | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 27 PARTOS PREMATURO**



### **ANÁLISIS:**

El 90 % no presentan parto prematuro y el 10% de las adolescentes presentan o finalizan con un parto prematuro.

### **INTERPRETACIÓN:**

La incidencia del parto prematuro en las adolescentes esta asocia a la amenaza de parto pretérmino, lo que influye en el recién nacido a permanecer en cuidados neonatales por su falta de inmadurez pulmonar y sus posibles complicaciones.

Más de 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año en el mundo y más de un millón de ellos fallecen por complicaciones derivadas de su nacimiento, señala un nuevo estudio presentado hoy por distintas organizaciones.

Esa elevada cifra se traduce en que actualmente uno de cada diez bebés llega al mundo con 37 o menos semanas de gestación, según alertaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y varias ONG, como Save the Children y March of Dimes, en un nuevo informe presentado en la sede central de Naciones Unidas en Nueva York. (23)

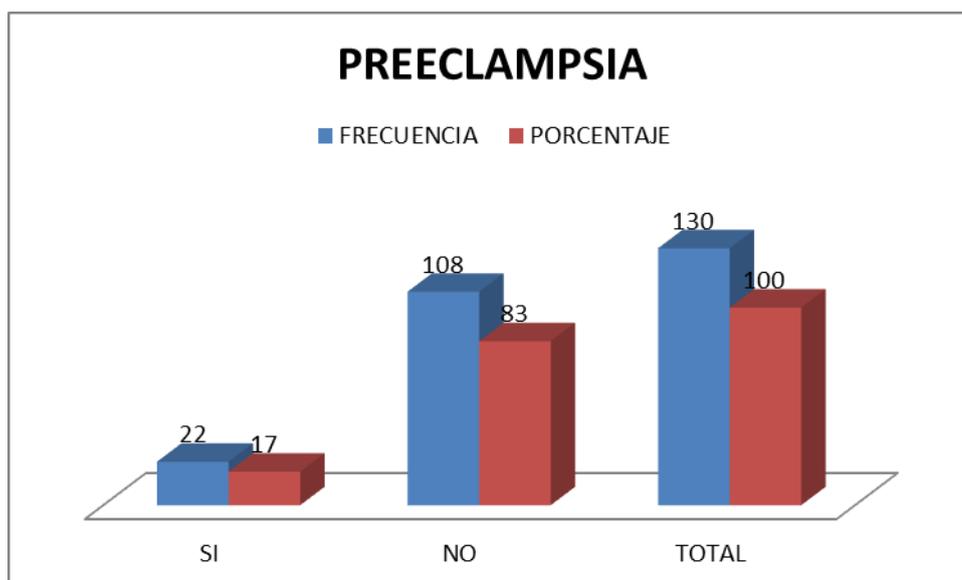
Bajo el título "Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimientos prematuros", se exponen las alarmantes conclusiones de un grupo de 45 expertos internacionales que indican que en todos los países de los que se tienen datos menos en tres han aumentado los partos prematuros en los últimos veinte años. (23)

### **PREECLAMPSIA:**

**TABLA N° 29 PREECLAMPSIA**

| PREECLAMPSIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| SI           | 22         | 17         |
| NO           | 108        | 83         |
| TOTAL        | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 28 PREECLAMPSIA**



## **ANÁLISIS:**

El 83 % de las adolescentes no presentan preeclampsia y el 17 % la padecen.

## **INTERPRETACIÓN:**

La aparición de esta patología es mínima, sin embargo el hecho de tratarse de adolescentes primigestas aumenta el hecho de padecer esta patología.

En un estudio descriptivo de la Prevalencia, Signos y Síntomas de Preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial de la Ciudad de Riobamba, utilizando 159 Historias Clínicas, valiéndonos del programa Microsoft Excel se tabularon del universo 159 casos de los cuales, se evaluaron las siguientes variables características generales, factores de riesgo, edad de la paciente y variedad de complicaciones. (23)

La metodología que se utilizó está basada en la recolección directa de la información en base a la entrevista durante la realización de historias clínicas y la posterior revisión de las mismas y sus registros que constan en el Departamento de Estadística de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HPGDR. De los resultados encontramos que el mayor número de casos corresponde a Octubre 2007 con 23 casos que representa el 14,46%, el grupo de edad comprendido entre 18-20 años ocupa el 30,81%; además el 69,81% corresponde a preeclampsia leve, 18,23% a preeclampsia grave y 11,94% a sus complicaciones Eclampsia y Síndrome de HELLP, y por ultimo teniendo en cuenta los signos y síntomas el 49,05% presentaron cefalea, 19,49% presentaron dolor en epigastrio, 2,51% presentó edema y 0,62 presentaron convulsiones.

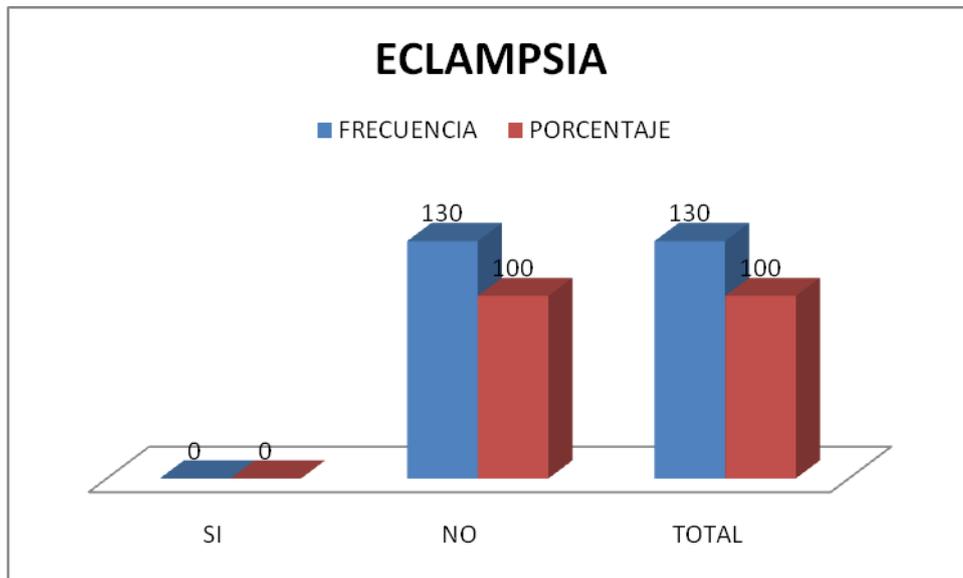
La cual determina que es elevada la prevalencia de mujeres adolescentes con preeclampsia y que por lo tanto se debe fomentar controles prenatales para disminuir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y reducir la mortalidad materno- fetal, de la misma forma fomentar la planificación familiar y educar en salud a nuestra población. (25)

**ECLAMPSIA:**

**TABLA N° 30 ECLAMPSIA**

| ECLAMPSIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| SI        | 0          | 0          |
| NO        | 130        | 100        |
| TOTAL     | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 29 ECLAMPSIA**



**ANÁLISIS:**

El 100 % de las adolescentes estudiadas no presentan eclampsia.

**INTERPRETACIÓN:**

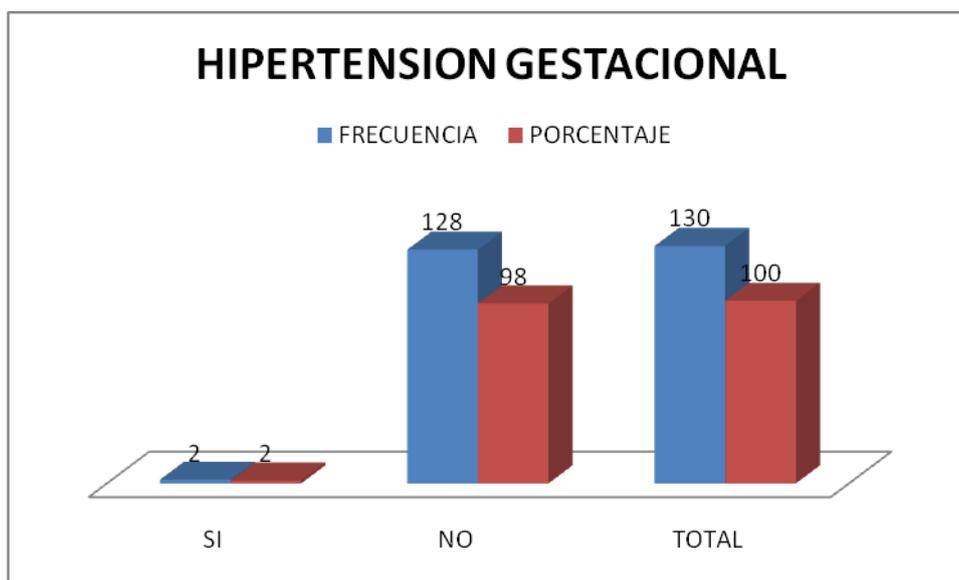
A pesar de que existen pacientes que presentan preeclampsia, no siempre esta deriva en eclampsia, esto se debe a que las adolescentes presentan sus primeros embarazos y a la oportuna atención en los servicios de salud.

## HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:

**TABLA N° 31 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL**

| HIPERTENSIÓN GESTACIONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| SI                       | 2          | 2          |
| NO                       | 128        | 98         |
| TOTAL                    | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 30 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL**



### ANÁLISIS:

Se observa un 98% de adolescentes que no tienen hipertensión gestacional y 2 % la presenta.

### INTERPRETACIÓN:

La incidencia de hipertensión gestacional en mujeres adolescentes es mínima en esta población de estudio, pero aunque sea intrascendente, no debe minimizarse el alto riesgo que puede conllevar esta patología.

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países

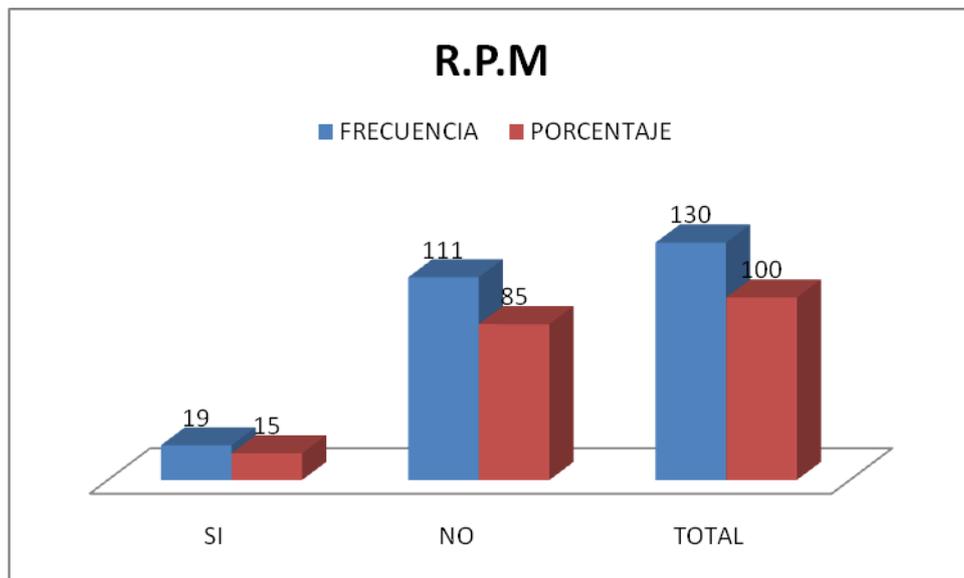
industrializados como aquellos en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0.1 al 35%.<sup>(22)</sup>

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:**

**TABLA N° 32 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:**

| RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| SI                             | 19         | 15         |
| NO                             | 111        | 85         |
| TOTAL                          | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 31 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:**



**ANÁLISIS:**

Un 85% de pacientes no presentan ruptura prematura de membranas y un 15% si la padecen.

**INTERPRETACIÓN:**

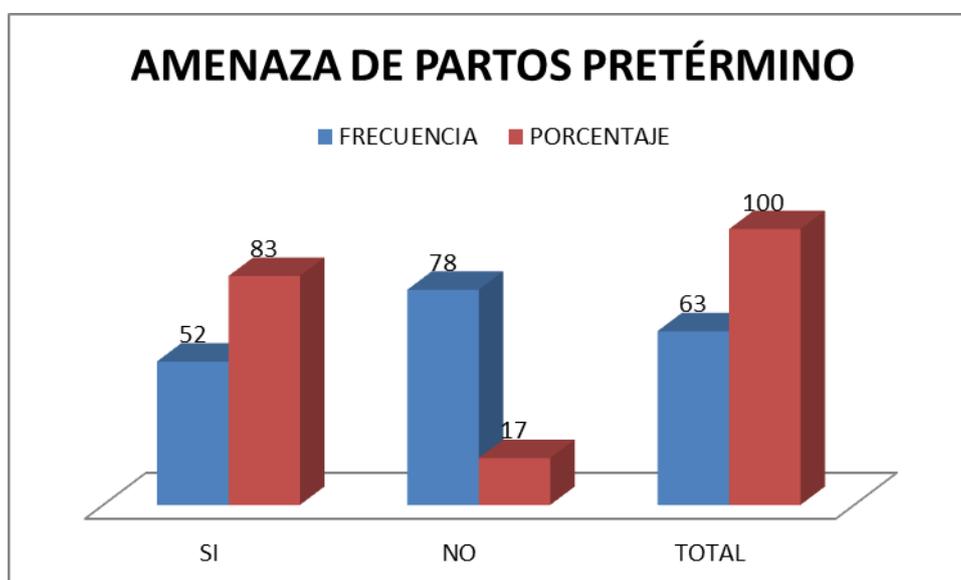
La incidencia de la etiología analizada es baja, sin embargo de no identificarse oportunamente es altamente probable que trascienda a una mortalidad neonata o materna.

## AMENAZA DE PARTOS PRETÉRMINO:

**TABLA N° 33 AMENAZA DE PARTOS PRETÉRMINO:**

| AMENAZA DE PARTOS PRETÉRMINO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------|------------|------------|
| SI                           | 52         | 83         |
| NO                           | 78         | 17         |
| TOTAL                        | 63         | 100        |

**GRÁFICO N° 32 AMENAZA DE PARTOS PRETÉRMINO:**



### ANÁLISIS:

Se observa un 83 % de riesgo de amenaza de parto pretérmino con relación a factores asociados y con una mínima de 17% con respecto al Oligohandrios.

### INTERPRETACIÓN:

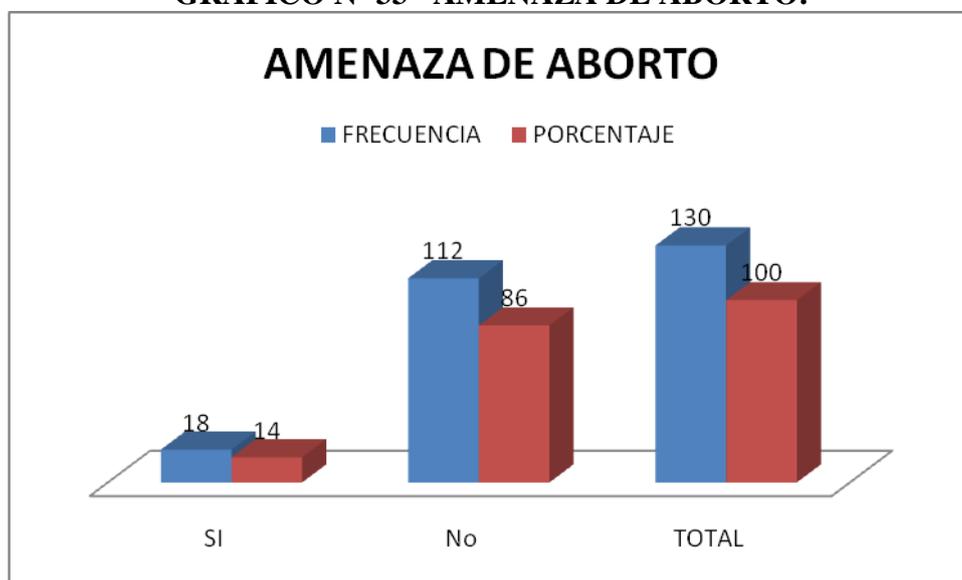
El alto índice de amenaza de parto pretérmino se produce primordialmente debido a la inmadurez anatómica y psicológica de la adolescente.

## AMENAZA DE ABORTO:

**TABLA N° 34 AMENAZA DE ABORTO:**

| FACTORES COADYUVANTES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|------------|
| intento autolítico    | 2          | 14         |
| leptospirosis         | 2          | 14         |
| Anemia Normocítica    | 7          | 50         |
| Epilepsia             | 1          | 7          |
| bartolinitis          | 3          | 21         |
| TOTAL                 | 14         | 100        |

**GRÁFICO N° 33 AMENAZA DE ABORTO:**



### ANÁLISIS:

Observamos un 86 % de adolescente que no presentan amenaza de aborto y un 14% que si la presentan.

### INTERPRETACIÓN:

La gestantes que no presentan amenaza de aborto, por el oportuno control que se han realizado, disminuyendo riesgo.

Cada cuatro minutos una mujer aborta en Ecuador, según la Organización Mundial de la Salud. Esta situación se presenta a pesar de que el aborto o interrupción del embarazo está penalizado con prisión de seis meses a un año a la mujer que lo produjera o consintiera que otra persona se lo realizara. (23)

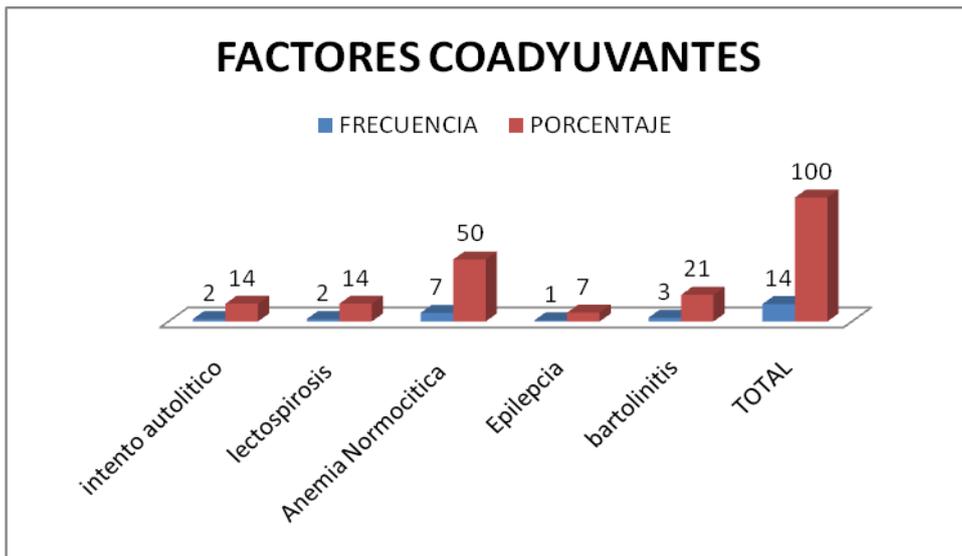
En Ecuador, el 18% de las muertes maternas son causadas por abortos clandestinos y hay 330 muertes por cada 100 000 abortos. Esta cifra es muy superior si se la compara al 0,1 y 0,2% de tasa de mortalidad en los países donde el aborto es legal. (23)

**FACTORES COADYUVANTE:**

**TABLA N° 35 FACTORES COADYUVANTE:**

| AMENAZA DE ABORTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| SI                | 18         | 14         |
| No                | 112        | 86         |
| TOTAL             | 130        | 100        |

**GRÁFICO N° 34 FACTORES COADYUVANTE:**



**ANÁLISIS:**

El 50 % presentan anemia normocítica como un factor coadyuvante que predomina, seguida 21 % con la bartolinitis, 14 % con igual similitud el intento autolítico y la leptospirosis, un 7% la epilepsia.

**INTERPRETACIÓN:**

Los factores coadyuvantes, que más afecta es la anemia normocítica, asociación a una mala alimentación por parte de la madre en el transcurso de la gestación y la bartolinitis se produce por una escasa higiene vinculada a una infección vaginal, el intento

autolítico se relaciona a una depresión moderada por la responsabilidad de traer al mundo un nuevo ser.

### 4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Existen Factores Maternos que inciden en la aparición de la Amenaza de Parto Pretérmino en mujeres adolescentes que ingresan en el Centro de Maternidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga.

**Variable Independiente:** Factores Maternos en mujeres adolescentes.

**Variable Dependiente:** Amenaza de Parto Pretérmino.

Para validar esta hipótesis se ha utilizado la prueba de Chi Cuadrado que permite determinar la hipótesis de independencia de no relación entre las variables.

#### Inicio de Vida Sexual Activa vs Amenaza de Parto Pretérmino

**Tabla N° 36 Datos de contingencia**

|                              |    | Amenaza de Parto Pretérmino |       | Total  |
|------------------------------|----|-----------------------------|-------|--------|
|                              |    | No                          | Si    |        |
| Inicio de Vida Sexual Activa | 13 | 26,2%                       | 20,8% | 46,9%  |
|                              | 14 |                             | 6,2%  | 6,2%   |
|                              | 15 | 7,7%                        | 6,2%  | 13,8%  |
|                              | 16 | 3,8%                        | 2,3%  | 6,2%   |
|                              | 17 | 7,7%                        | 4,6%  | 12,3%  |
|                              | 18 | 10,8%                       |       | 10,8%  |
|                              | 19 | 3,8%                        |       | 3,8%   |
| Total                        |    | 60,0%                       | 40,0% | 100,0% |

**Tabla N° 37 Pruebas de chi-cuadrado**

|                    |    | Valor  | gl | Sig.<br>asintótica<br>(bilateral) |
|--------------------|----|--------|----|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado       | de | 25,339 | 6  | ,000                              |
| Pearson            |    |        |    |                                   |
| Razón              | de | 34,738 | 6  | ,000                              |
| verosimilitudes    |    |        |    |                                   |
| N de casos válidos |    | 130    |    |                                   |

La significación asintótica bilateral de 0,000 es menor a 0,05 por cuanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la relación de variables; en este caso el Inicio de Vida Sexual Activa y la Amenaza de Parto Pretérmino SI tienen relación de dependencia.

#### **Talla Materna vs Amenaza de Parto Pretérmino**

**Tabla N° 38 Datos de contingencia**

% del total

|               |           | Amenaza de Parto Pretérmino |       | Total  |
|---------------|-----------|-----------------------------|-------|--------|
|               |           | No                          | Si    |        |
| Talla Materna | < 1.50 cm | 9,2%                        | 14,6% | 23,8%  |
|               | > 1.50 cm | 50,8%                       | 25,4% | 76,2%  |
| Total         |           | 60,0%                       | 40,0% | 100,0% |

**Tabla N° 39 Pruebas de chi-cuadrado**

|   | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|-------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                               | 7,688 | 1  | ,006                        |                         |                          |
| Corrección por continuidad                            | 6,567 | 1  | ,010                        |                         |                          |
| Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher | 7,572 | 1  | ,006                        | ,007                    | ,005                     |
| N de casos válidos                                    | 130   |    |                             |                         |                          |

La significación asintótica bilateral de 0,006 es menor a 0,05 por cuanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la relación de variables; en este caso la Talla Materna y la Amenaza de Parto Pretérmino SI tienen relación de dependencia.

**Peso Preconcepcional vs Amenaza de Parto Pretérmino**

**Tabla N° 40 Datos de contingencia**

% del total

|                      |         | Amenaza de Parto Pretérmino |       | Total  |
|----------------------|---------|-----------------------------|-------|--------|
|                      |         | No                          | Si    |        |
| Peso Preconcepcional | < 45 Kg | 9,2%                        | 12,3% | 21,5%  |
|                      | > 45 Kg | 50,8%                       | 27,7% | 78,5%  |
| Total                |         | 60,0%                       | 40,0% | 100,0% |

**Tabla N° 41 Pruebas de chi-cuadrado**

|   | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|-------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                               | 4,370 | 1  | ,037                        |                         |                          |
| Corrección por continuidad                            | 3,507 | 1  | ,061                        |                         |                          |
| Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher | 4,294 | 1  | ,038                        |                         |                          |
|   |       |    |                             | ,050                    | ,031                     |
| N de casos válidos                                    | 130   |    |                             |                         |                          |

La significación asintótica bilateral de 0,03 es menor a 0,05 por cuanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la relación de variables; en este caso el Peso Preconcepcional y la Amenaza de Parto Pretérmino SI tienen relación de dependencia.

**Infección de Vías Urinarias vs Amenaza de Parto Pretérmino**

**Tabla N° 42 Datos de contingencia**

|                             |    | Amenaza de Parto Pretérmino |       | Total  |
|-----------------------------|----|-----------------------------|-------|--------|
|                             |    | No                          | Si    |        |
| Infección de Vías Urinarias | No | 40,8%                       | 28,5% | 69,2%  |
|                             | Si | 19,2%                       | 11,5% | 30,8%  |
| Total                       |    | 60,0%                       | 40,0% | 100,0% |

**Tabla N° 43 Pruebas de chi-cuadrado**

|   | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|-------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                               | ,150  | 1  | ,698                        |                         |                          |
| Corrección por continuidad                            | ,038  | 1  | ,846                        |                         |                          |
| Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher | ,151  | 1  | ,697                        | ,846                    | ,425                     |
| N de casos válidos                                    | 130   |    |                             |                         |                          |

La significación asintótica bilateral de 0,698 es mayor a 0,05 por cuanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la relación de variables; en este caso la Infección de Vías Urinarias y la Amenaza de Parto Pretérmino NO tienen relación de dependencia.

#### **Vaginosis vs Amenaza de Parto Pretérmino**

**Tabla N° 44 Datos de contingencia**

% del total

|              | Amenaza de Parto Pretérmino |       | Total  |
|--------------|-----------------------------|-------|--------|
|              | No                          | Si    |        |
| Vaginosis No | 52,3%                       | 30,8% | 83,1%  |
| Si           | 7,7%                        | 9,2%  | 16,9%  |
| Total        | 60,0%                       | 40,0% | 100,0% |

**Tabla N° 45 Pruebas de chi-cuadrado**

|   | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|-------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                               | 2,334 | 1  | ,127                        |                         |                          |
| Corrección por continuidad                            | 1,662 | 1  | ,197                        |                         |                          |
| Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher | 2,290 | 1  | ,130                        | ,154                    | ,099                     |
| N de casos válidos                                    | 130   |    |                             |                         |                          |

La significación asintótica bilateral de 0,127 es mayor a 0,05 por cuanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la relación de variables; en este caso la Vaginosis y la Amenaza de Parto Pretérmino NO tienen relación de dependencia.

**Ruptura Prematura de Membranas vs Amenaza de Parto Pretérmino**

**Tabla N° 46 Datos de contingencia**

% del total

|                                | Amenaza de Parto Pretérmino |       | Total  |
|--------------------------------|-----------------------------|-------|--------|
|                                | No                          | Si    |        |
| Ruptura Prematura de Membranas | 60,0%                       | 25,4% | 85,4%  |
| Si                             |                             | 14,6% | 14,6%  |
| Total                          | 60,0%                       | 40,0% | 100,0% |

**Tabla N° 47 Pruebas de chi-cuadrado**

|   | Valor  | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson                               | 33,378 | 1  | ,000                        |                         |                          |
| Corrección por continuidad                            | 30,515 | 1  | ,000                        |                         |                          |
| Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher | 39,883 | 1  | ,000                        |                         |                          |
| N de casos válidos                                    | 130    |    |                             | ,000                    | ,000                     |

La significación asintótica bilateral de 0,000 es menor a 0,05 por cuanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la relación de variables; en este caso la Ruptura Prematura de Membranas y la Amenaza de Parto Pretérmino SI tienen relación de dependencia.

**Edad Materna vs Amenaza de Parto Pretérmino**

**Tabla N° 48 Datos de contingencia**

% del total

|              |    | Amenaza de Parto Pretérmino |       | Total  |
|--------------|----|-----------------------------|-------|--------|
|              |    | No                          | Si    |        |
| Edad Materna | 13 | 1,5%                        |       | 1,5%   |
|              | 14 | 3,8%                        |       | 3,8%   |
|              | 15 | 3,8%                        | 2,3%  | 6,2%   |
|              | 16 |                             | 19,2% | 19,2%  |
|              | 17 | 23,8%                       | 13,8% | 37,7%  |
|              | 18 | 10,0%                       | 4,6%  | 14,6%  |
|              | 19 | 16,9%                       |       | 16,9%  |
| Total        |    | 60,0%                       | 40,0% | 100,0% |

**Tabla N° 49 Pruebas de chi-cuadrado**

|                    |    | Valor  | gl | Sig.<br>asintótica<br>(bilateral) |
|--------------------|----|--------|----|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado       | de | 57,633 | 6  | ,000                              |
| Pearson            |    |        |    |                                   |
| Razón              | de | 76,261 | 6  | ,000                              |
| verosimilitudes    |    |        |    |                                   |
| N de casos válidos |    | 130    |    |                                   |
|                    |    |        |    |                                   |

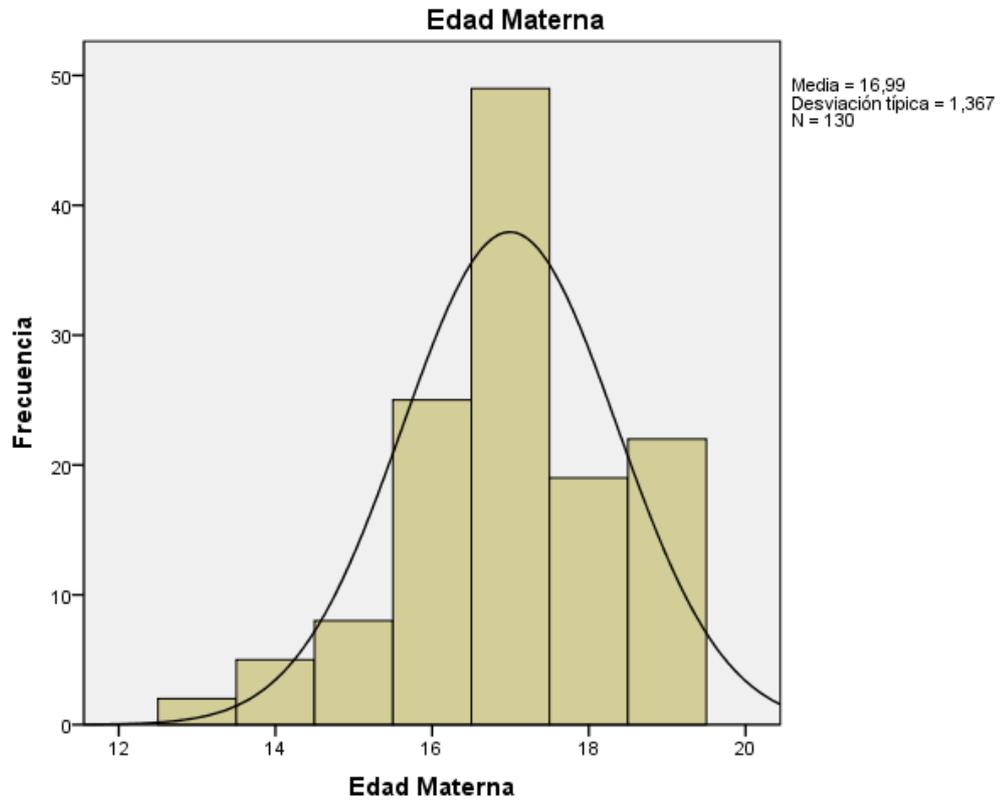
La significación asintótica bilateral de 0,000 es menor a 0,05 por cuanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la relación de variables; en este caso la Edad Materna y la Amenaza de Parto Pretérmino SI tienen relación de dependencia.

Para las variables que manejan valores numéricos se ha utilizado la Campana de Gauss (distribución normal).

**Tabla N° 50 Edad Materna**

|         |    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|---------|----|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | 13 | 2          | 1,5        | 1,5                  | 1,5                     |
|         | 14 | 5          | 3,8        | 3,8                  | 5,4                     |
|         | 15 | 8          | 6,2        | 6,2                  | 11,5                    |
|         | 16 | 25         | 19,2       | 19,2                 | 30,8                    |
|         | 17 | 49         | 37,7       | 37,7                 | 68,5                    |
|         | 18 | 19         | 14,6       | 14,6                 | 83,1                    |
|         | 19 | 22         | 16,9       | 16,9                 | 100,0                   |
| Total   |    | 130        | 100,0      | 100,0                |                         |

**Grafica N°35**

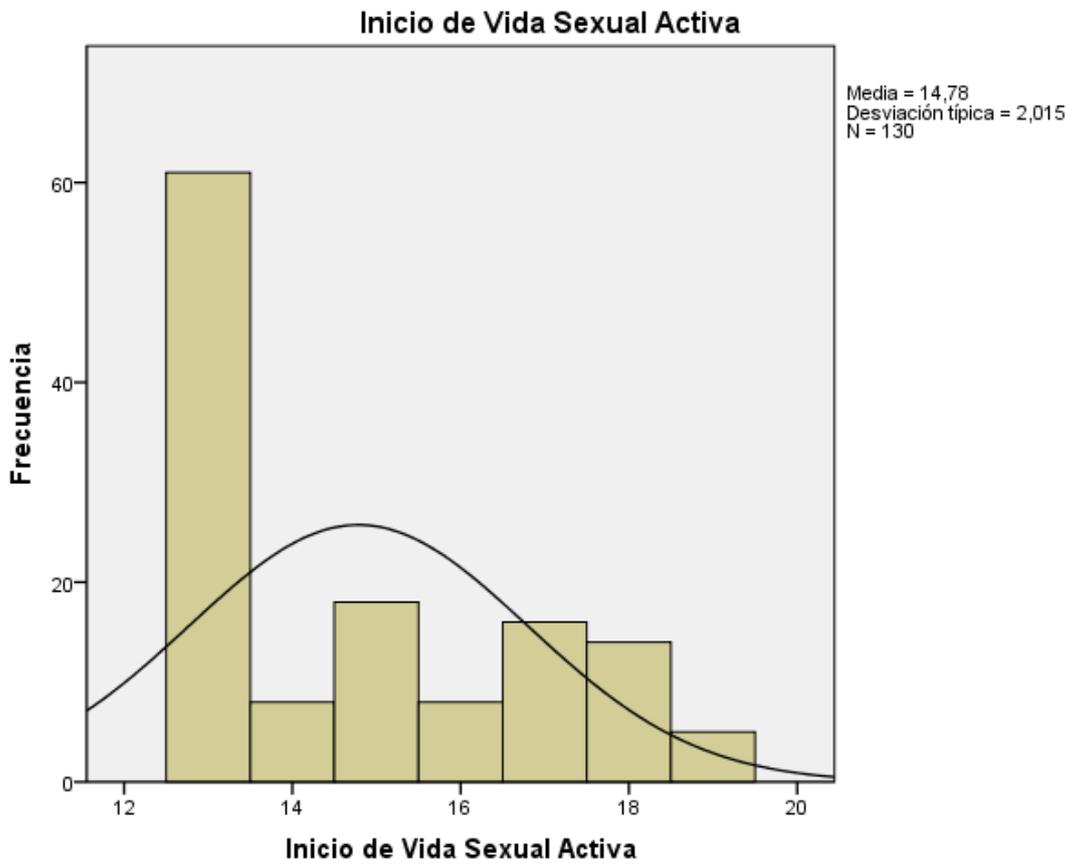


Del universo estudiado, la edad materna más frecuente corresponde a 17 años de edad.

**Tabla N° 51 Inicio de Vida Sexual Activa**

|            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 13 | 61         | 46,9       | 46,9              | 46,9                 |
| 14         | 8          | 6,2        | 6,2               | 53,1                 |
| 15         | 18         | 13,8       | 13,8              | 66,9                 |
| 16         | 8          | 6,2        | 6,2               | 73,1                 |
| 17         | 16         | 12,3       | 12,3              | 85,4                 |
| 18         | 14         | 10,8       | 10,8              | 96,2                 |
| 19         | 5          | 3,8        | 3,8               | 100,0                |
| Total      | 130        | 100,0      | 100,0             |                      |

**Grafica N°36**

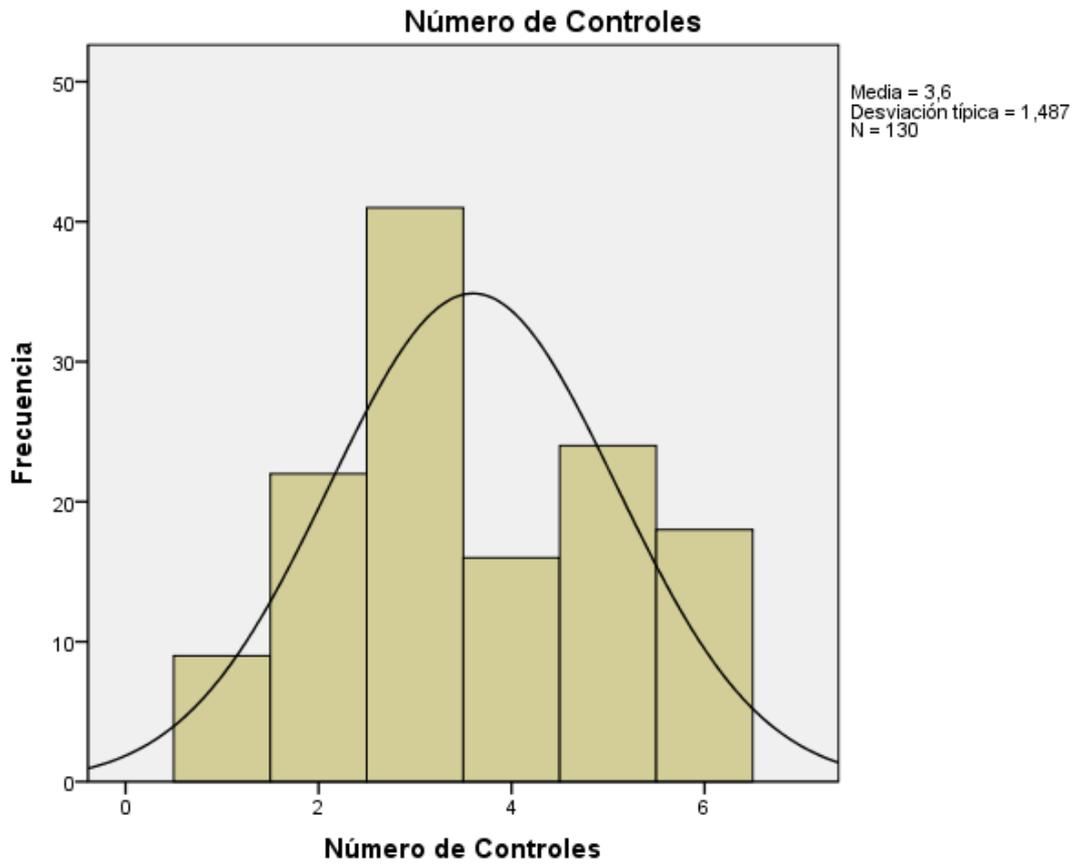


En base al gráfico, el inicio de la vida sexual activa en la población analizada está en el rango de 14 a 15 años.

**Tabla N° 52 Número de Controles**

|           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 1 | 9          | 6,9        | 6,9               | 6,9                  |
| 2         | 22         | 16,9       | 16,9              | 23,8                 |
| 3         | 41         | 31,5       | 31,5              | 55,4                 |
| 4         | 16         | 12,3       | 12,3              | 67,7                 |
| 5         | 24         | 18,5       | 18,5              | 86,2                 |
| 6         | 18         | 13,8       | 13,8              | 100,0                |
| Total     | 130        | 100,0      | 100,0             |                      |

**Grafica N°37**



En la siguiente gráfica, se puede determinar que el número de controles está en el rango de 3 a 4.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES:**

Luego de haber revisado la tabulación relacionada al tema de los factores maternos inciden en la Amenaza de Parte Pretérmino en las adolescentes gestantes, podemos comprobar:

- Se observa un incremento sobre la precocidad del inicio de la actividad sexual en las adolescentes, cuya consecuencia principal ha sido un aumento del embarazo en adolescentes.
- Se identificó cuáles son los principales factores maternos que aumentan la prevalencia de amenaza de parto Pretérmino en adolescentes gestantes, para así poder desarrollar estrategias destinadas abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias y en base al estudio se pudo observar como factores maternos predominantes: Inicio de la Vida Sexual Temprana, Talla Materna, Peso Preconcepcional, Ruptura Prematura de Membranas, Edad Materna.
- Se ha detectado una deficiencia de conocimiento sobre la utilización de métodos de planificación familiar, lo cual se refleja en el embarazo de las adolescentes.

#### **5.2. RECOMENDACIONES:**

- Desarrollar programas destinados a mejorar la educación sexual de los jóvenes, masificando su difusión e implementación con la finalidad de lograr avances en la problemática.

- Generar conciencia en las adolescentes sobre el peligro del embarazo a edades tempranas que puede derivar en Aborto, Amenaza de parto Pretérmino, Cesárea y otras complicaciones que arriesgan su propia vida.
- Informar y sensibilizar a las futuras madres sobre el parto pretérmino y sus consecuencias por medio de charlas, material impreso y audio visuales.

## CAPITULO VI

### LA PROPUESTA

#### 6.1 TEMA

**GUÍA EDUCATIVA DE SEXUALIDAD PARA DISMINUIR LOS FACTORES MATERNOS EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EL ÁREA DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL LATACUNGA.**

#### 6.2



### 6.3 INTRODUCCIÓN:

La salud sexual de los adolescentes ha recibido cada vez mayor atención pública a partir del reconocimiento del efecto negativo que tienen las prácticas sexuales de riesgo en la salud de esta población, y sus potenciales repercusiones en su bienestar. (21)

Las cifras sobre las consecuencias del sexo sin protección en la adolescencia son inquietantes: alta incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planeados que, en muchas ocasiones, terminan en abortos inseguros que ponen en riesgo la salud de los adolescentes y afectan negativamente sus posibilidades de educación y bienestar en general (21)

El tema de la sexualidad adolescente genera bastante interés en los adultos y en los profesionales de la salud que atienden a jóvenes y adolescentes, preocupación que no es exclusiva de la época actual.

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, creemos importante realizar una revisión general del tema enfocado a aclarar el concepto de embarazo adolescente y su epidemiología actual:

- Identificar los factores de riesgo y consecuencias que se derivan del problema.
- Realizar una breve revisión de los programas que se han implementado en el país con el objetivo de solucionar dicho problema.

Para llevar a cabo lo planteado en los puntos anteriores, es pertinente una revisión bibliográfica del tema basada en las publicaciones realizadas tanto en revistas científicas nacionales como internacionales.

La adolescencia es una etapa muy importante de la vida en la que se producen cambios corporales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, conjuntamente con estos cambios y transformaciones el adolescente se encuentra expuesto a peligros o factores de riesgo, así como se ampara en factores protectores. Es importante su conocimiento tanto por la familia, la escuela y la sociedad para mejorar la atención integral del adolescente. (11)

En esta etapa se toman grandes decisiones que marcarán a los jóvenes para siempre. Es el momento de poner a prueba todas las enseñanzas de nuestros padres, puesto que es la

época de cuestionamientos, razón por la cual necesitan aclararse ciertos temas y guiarles en su transición de vida. (2)

La educación sexual es un gran aporte a la formación humana: ayuda a conocer el cuerpo, a reflexionar sobre las emociones que surgen (que se encuentran en íntima relación con los cambios físicos y psíquicos). Favorece la diversidad, la aceptación de uno mismo y del otro en sus legítimas diferencias para respetarnos y respetar los deseos del otro. (2)

La comprensión de las necesidades y vivencias de los adolescentes, así como la educación en sexualidad es crucial tanto para padres como para hijos, ya que favorece el diálogo y fortalece el vínculo familiar. Cuanto más conozcan los adultos acerca de esta etapa y el adolescente sobre los propios cambios que está atravesando será más factible que logren disfrutar de una etapa de muchos cambios y aprendizajes.

#### **6.4 ANTECEDENTES:**

- Una vez realizada la investigación, se ha llegado a la conclusión que la Guía de Prevención para disminuir los factores maternos que inciden en la Amenaza de Parto Pretérmino en adolescentes gestantes es una alternativa constructiva y viable para contribuir en la planificación de los embarazos.
- La presencia de factores maternos favorece aún más a la aparición de complicaciones en la Amenaza de Parto Pretérmino.
- Entre los factores maternos más importantes encontrados en el análisis de este proyecto con relación a la Amenaza de Parto Pretérmino son: inicio de la vida sexual, edad gestacional, talla materna, infecciones en vías urinarias y etc.
- El inicio de la vida sexual activa son el primer factor de riesgo que contribuye principalmente en la Amenaza de Parto Pretérmino en Adolescentes Gestantes.
- La cesárea se considera como un proceso de riesgo que contribuye a la aparición de partos pretérminos.
- Las infecciones en vías urinarias son causas de importante influencia en la aparición de Amenaza de Parto Pretérmino.

## **6.4 JUSTIFICACIÓN:**

Por la investigación efectuada, se pueden establecer, para la propuesta, los siguientes ítems justificativos.

- Realizar una guía de prevención para disminuir los factores maternos que inciden en la aparición de la Amenaza de Parto Pretérmino en Adolescentes gestantes en el área de Ginecología-Obstetricia en el Hospital General Latacunga.
- Monitorizar los factores maternos que contribuyen a la Amenaza de Parto Pretérmino en Adolescentes.
- Promover el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes con factores maternos en pacientes adolescentes gestantes que presentan Amenaza de Parto Pretérmino.
- Dar atención diferenciada en Control Prenatal a la adolescente embarazada, conformando un equipo multidisciplinario que incluya la parte médica, social y legal. (medico, enfermera, trabajador social, psicólogo y abogado).

## **6.5 OBJETIVOS**

### **6.5.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Realizar una guía de prevención y promoción sobre temas de sexualidad dirigida a los adolescentes para disminuir los embarazos y reducir el índice de Amenaza de Parto Pretérmino.

### **6.5.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS:**

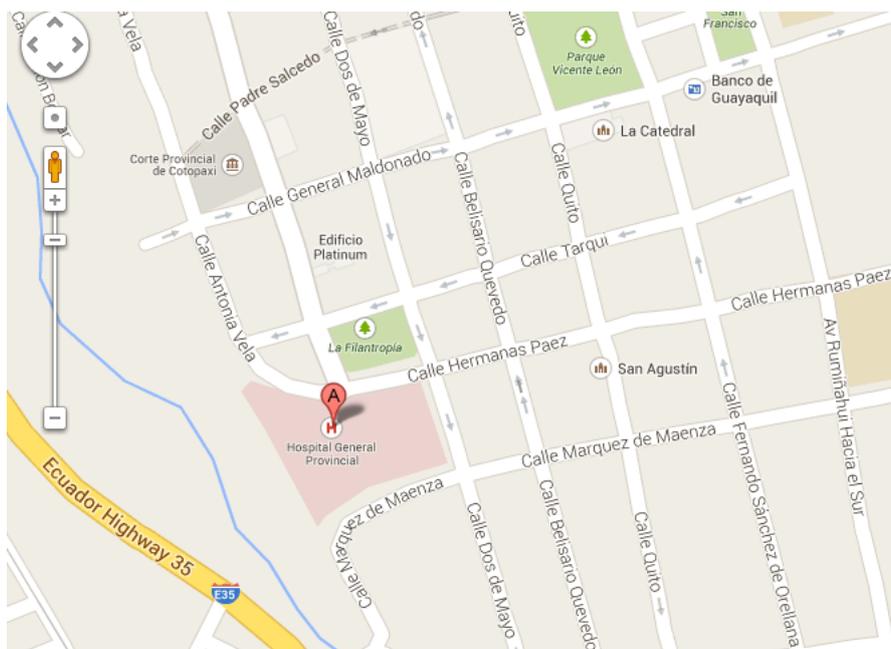
- Describir y socializar los significados que tiene la sexualidad en los adolescentes, cómo se construyen e influyen las prácticas sexuales en la salud reproductiva.

- Efectuar una lista de los temas de sexualidad que enfatizen los problemas que presentan los adolescentes.
- Orientar en la educación utilizando una guía para realizar charlas, talleres, casas abiertas sobre sexualidad y adolescencia que faciliten la decisión responsable del proyecto de vida en los adolescentes.
- Promover y aplicar valores como honestidad, respeto, responsabilidad y justicia en los adolescentes.
- Desarrollar estrategias para lograr una adecuada aceptación de igualdad de género en los adolescentes.

## 6.6 UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

El sitio de la investigación se realizó en el Hospital General de Latacunga que se encuentra ubicado en las calles Hermanas Páez y Dos de Mayo sector este – oeste, y en las avenidas Antonio Vela y Marqués de Maenza sector norte – sur.

**GRÁFICO N°38**



Fuente: <https://maps.google.com/>

## 6.7 SOPORTES TEÓRICOS DE LA PROPUESTA

### ADOLESCENCIA

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años".<sup>(1)</sup>

La adolescencia es un período de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora.

La adolescencia es el ciclo en la vida del ser humano que continúa a la pubescencia y la pubertad. Se inicia entre los 12 o 14 años y culmina con la madurez, (18 a 20 años). No solo es la fase de mayores cambios psicológicos sino que también está lleno de cambios físicos. <sup>(2)</sup>

La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta. <sup>(2)</sup>

Una visión simplista puede reducir ese proceso a un plano puramente biológico: la aparición de caracteres sexuales primarios y secundarios. Pero, en realidad, es mucho más compleja la experiencia en beneficio de la identidad en hombres y mujeres.

En este proceso intervienen las personas con toda su complejidad y entran en juego los sistemas de relaciones y modelos socio – culturales.

La etapa más conflictiva en la experiencia de padres e hijos suele ser la adolescencia, por ello, tanto para unos y otros es indispensable conocer mejor en sus diversas dimensiones las características y naturaleza del proceso. <sup>(2)</sup>

Los cambios físicos tienen una amplia variación de la normalidad. Es pues necesario comprender y conocer estos cambios para poder diferenciar las variaciones estándar de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberales. Durante millones de años de evolución de la especie humana se han ido seleccionando un tipo de comportamientos, sin embargo las condiciones culturales y sociales han ido cambiando rápidamente en los últimos miles y más aún en los últimos cientos de años, lo que dificulta la expresión de estos rasgos seleccionados causando por lo tanto un alto grado de estrés durante la adolescencia que se traduce en mucha de la patología típica de este período de la vida.<sup>(5)</sup>

Paralelamente con éstos cambios sobreviene también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, siendo una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia ligada a los procesos de interacción social, definición de identidad y a la toma de responsabilidades, es por ello que la condición de juventud no es uniforme puesto que varía de acuerdo al grupo social a considerar. (1)

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (1)

## ETAPAS DE LOS ADOLESCENTES

**Adolescencia temprana (11-13 años):** La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner. (5)

**Adolescencia media (14-17 años):** El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. (5)

La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. (5)

**Adolescencia tardía (17-21 años):** El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. (5)

El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. (5)

## **DEBERES DE LOS ADOLESCENTES**

La mayoría son individuos conscientes presionados por la sociopatía imperante que les recarga de advertencias y consejos. En razón de una intencionada brevedad, citamos los deberes siguientes: <sup>(3)</sup>

- Encarar motivada y animosamente los retos de su porvenir.
- Procurar la adquisición de una cosmovisión positiva, armónica y de primacía en valores conductuales éticos y morales.
- Promover y practicar la consciencia de un mejoramiento continuo en las diversas facetas de su vida.
- Conocer las normas de la Educación Científica para la Salud y atenerse en su conducta a las mismas.
- Practicar y exigir el respeto a los demás, familiares, profesores, condiscípulos, amigos y –cosa mucho más difícil a los enemigos.
- Ejercer el derecho de buscar y consolidar amistades que permitan el enriquecimiento mutuo en cualidades, así como rehuir el trato con quienes pretendan o promuevan el envilecimiento y corrupción. <sup>(3)</sup>

## **PERSONALIDAD E IDENTIDAD**

Una de las etapas más importantes en la formación y maduración de la persona se da en la adolescencia, en ella distinguimos estos dos aspectos íntimamente relacionados:

- La persona se reconoce como un sujeto con deberes y derechos.
- La persona es consciente de pertenecer a una comunidad a la que aporta realidad individual y donde comparte valores y proyectos con quienes la integran.

Psicológicamente el adolescente "siente que debe independizarse" aunque persiste la unión física con vecinos, padres, hijos, hermanos, y amigos. <sup>(3)</sup>

Estos gérmenes de separación lo llevan a adoptar decisiones y a tener comportamientos nuevos, a asumir responsabilidades ante sí mismo, afrontar el esfuerzo que le exige el estudio y comprender la realidad económica de su familia.

En cuanto a la inserción social, el factor de pertenencia debe acompañar a la formación en la personalidad, así lo destacan psicólogos y sociólogos al resaltar la importancia de las ideas y conductas de quienes forman el entorno del adolescente, enfatizan de modo

particular la influencia de los modelos proporcionados por la comunidad que brindan al joven marcos de referencia y orientación, es decir modelos válidos. (3)

Pero la sociedad moderna, sus problemas e inestabilidad hacen que la escala de valores de muchos sectores sociales a menudo coloquen a los adolescentes frente a caminos de rumbos dudosos, la delincuencia, los vicios, etc.

Dada esta falta de ideas claras, el adolescente no puede reconocer los límites entre lo bueno y lo malo, por cuanto muchas veces el joven es blanco de críticas.

El papel de la educación es muy importante, ellos de algún modo actúan como detectores de los conflictos psicológicos y sociales en los que se pueda encontrar el adolescente. (3)

Si bien el joven concurre a la escuela con deseos de progreso intelectual, muchas veces llega con la carga de problemas familiares que lo preocupan y lo agobian. (3)

De allí la responsabilidad de la escuela de proponer valores y formar a los adolescentes para una adecuada inserción social. (3)

Otro factor importante que incide fuertemente en la introducción social del adolescente son los medios de comunicación. Esto se debe al debilitamiento de la influencia de la escuela y la familia sobre el joven, lo que da lugar a que estas muchas veces impulsan a los jóvenes a comportamientos críticos como consecuencia de la transmisión en algunos medios de programas frívolos y mensajes de publicidad comercial irresponsable que promueven pautas de conducta, que muchas veces son mal juzgadas por los adultos. (3)

## **CAMBIOS PSICOLÓGICOS E INSEGURIDAD**

El adolescente además de vivir cambios físicos y de la sociedad en que vive, se le suman también cambios psicológicos.

Muchas veces el adolescente se muestra decidido y resuelto, pero en el fondo está latente la inseguridad que los cambios ocasionan. (4)

Su indefinición puede notarse en sus pautas de conducta, no sabe si la independencia que pretende debe ser total o con un control paterno, o si en ciertos casos tienen que decidir individualmente o consultar con un mayor. (4)

En épocas anteriores todo estaba ya diagramado, existía la autoridad indiscutida de los adultos quienes a veces la ejercían de manera arbitraria o abusiva. Cuando este esquema comenzó a desmoronarse, la desorientación que produjo se fue haciendo notoria en la falta de identidad en el adolescente. (4)

Los valores y normas de comportamiento que haya incorporado el adolescente a su YO, marcarán su identidad, servirá de brújula en su conducta social y permitirá adquirir una identidad sólida. Para que esto suceda, necesita que sus éxitos y rendimientos sean reconocidos porque son parte del proceso de maduración. Cuestionarlos es aumentar su desorientación. El adolescente debe saber quién es y quién quiere llegar a ser, de lo contrario sus decisiones no serán acertadas. (4)

Los adolescentes no aceptan marcos de referencia, las actitudes de indiferencia y rebeldía aparecen como elementos naturales de la adolescencia, la huida frente a los conflictos interiores y problemas con el mundo que son canalizadas mediante el ruido y aturdimiento. (4)

Para demostrar disconformidad se adoptan pautas y gustos estandarizados alejados de lo que piensa y desea la sociedad.

Pero este tipo de "Personalidad Estándar" impuesto por un sector no puede considerarse el ideal de identidad personal del adolescente.

## **LA SEXUALIDAD**

Iniciado el periodo de la pubertad se acentúan los caracteres físicos, el despertar sexual y el comienzo de la genitalidad adulta son una parte importante de la autoconciencia del adolescente. A pesar de que este proceso se presenta emocionalmente confuso para sí mismo. (6)

A esto contribuyen las novedades fisiológicas y psicológicas de la evolución propia de la edad, el descubrimiento del placer en el trato y frecuentación con personas del otro sexo.

Según la O.M.S "La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas,

prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.” (6)

La tarea de esta edad es dominar "las ganas" de experimentar la sexualidad poniéndola al servicio del amor maduro, una experiencia colectiva que la adolescencia exige imperiosamente. A pesar de que la iniciación sexual del joven dependerá de la influencia de la familia y el ambiente, del grado de evolución de la propia personalidad, del "grupo de pares", de la influencia de las normas morales, de carácter religioso, etc. (6)

La sexualidad no es lo mismo para ambos sexos. Y varias veces dependerá de la maduración psicológica de cada uno de los individuos.

En los varones el deseo sexual está centrado claramente en el pene, lo excitan diversos estímulos externos. O sea, que busca en el deseo sexual, una inmediata descarga de tensiones mediante el orgasmo.

Algunas niñas, experimentan el deseo de sexualidad del mismo modo que el hombre y unas pocas tienen el deseo de una constante experiencia sexual que se ajusta al cuadro clínico de la ninfomanía. Muchas otras posiblemente no conozcan un apetito sexual directo sino hasta en una época posterior de la vida. (6)

En el caso de la mayoría de las adolescentes no sería correcto hablar de "apetito sexual", sino de "inquietudes sexuales" que todavía no están claramente diferenciadas de otros sentimientos como los anhelos románticos, una leve embriaguez, los sentimientos maternales, etc. Por lo común se puede ocasionar excitación en la mujer directamente en las zonas erógenas. (6)

El hecho de que en los varones el deseo sexual sea claramente reconocible y difícil de confundir con otras sensaciones no debe hacernos suponer que no se mezclan con otros sentimientos. Algo muy fácil de suponer hoy donde últimamente se ha instalado una "nueva moral" que se caracteriza por:

- La iniciación sexual temprana
- Rechazo de la virginidad como valor, incluso en las mujeres
- Rotación de compañeros sexuales

- Difusión amplia del tema, a través de los medios de comunicación.
- Auge de la pornografía
- Aumento de la prostitución, etc.

## **DERECHOS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES**

- a. Obtener información y orientación completa, veraz y suficiente sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos expresados en términos sencillos y comprensibles para que puedan tomar decisiones y favorecer el autoconocimiento.
- b. Disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, libre de discriminación, coacción o violencia.
- c. Ejercer su preferencia sexual, libremente y sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
- d. Elegir si tener o no tener hijos y con quien tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos.
- e. Acceder a una atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.
- f. Acceder a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y de calidad y elegir el que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- g. Obtener los métodos anticonceptivos en forma totalmente gratuita.
- h. La intimidad, igualdad y no discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- i. Recibir una educación sexual integral, conforme a derechos e información veraz, adecuada a los niveles de desarrollo de las personas. <sup>(4)</sup>

## **FISIOLOGÍA DE LA PUBERTAD**

La pubertad se inicia por una serie de cambios neuro hormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre SNC, hipotálamo, hipófisis y gónadas. <sup>(5)</sup>

En la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), y por lo tanto las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH), están inhibidas por la alta sensibilidad del gonadostato (zona del hipotálamo productora de GnRH), siendo suficientes niveles muy bajos de esteroides gonadales para frenar la producción de GnRH. La pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad del gonadostato, lo que permite el aumento de la secreción de GnRH, que se hace pulsátil.

La GnRH actúa sobre la hipófisis incrementando la secreción de FSH y LH, las cuales a su vez estimulan la gónada correspondiente con el consiguiente aumento en la producción de andrógenos y estrógenos.

La edad de aparición de la pubertad es muy variable con un amplio rango de la normalidad: el 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8,5 y los 13 años y el 95% de los niños entre los 9,5 y los 14 años. Desde hace unos 150 años, la pubertad se ha ido iniciando a edades cada vez más tempranas, habiéndose adelantado 3 a 4 meses por decenio. (5)

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición del botón mamario.

El tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar entre 1,5 a 8 años. La menarquía ocurre en el 56% de las niñas en el estadio 4 de Tanner y en el 20% en el 3. (5)

Actualmente, la edad media de la menarquía está en los 12,4 años. El desarrollo sexual masculino se inicia en el estadio 2 de Tanner, cuando los testículos alcanzan un volumen de 4 cc. (5)

La espermaquia o inicio de emisión del espermatozoide se produce en el estadio 3 de Tanner, con un volumen testicular de 12 cc; con frecuencia, ocurre sobre los 13,5 años. (5)

Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, podemos dividir las fases madurativas de la adolescencia en: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años). Durante este período de tiempo, los adolescentes deben de conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional. (5)

## **CAMBIOS FÍSICOS**

El tema central de la adolescencia es el de la identidad, el llegar a saber quién es uno mismo, cuáles son sus creencias y sus valores, que quiere realizar en la vida y obtener de ella. (4)

El adolescente además debe habituarse a un cuerpo renovado, con nuevas capacidades para la sensación y la acción, alterando la imagen de uno mismo en consonancia con

ello. Para muchos de ellos el mundo se libidiniza, se sexualiza, hasta el punto que los hechos más inocuos pueden adquirir cierto erotismo. (4)

Pero existe una gran diferencia entre el desarrollo físico y los cambios psicológicos que pueda sufrir el adolescente, por eso debemos aclarar 3 términos antes de empezar a hablar de los cambios físicos:

**Pubescencia:** Es el periodo aproximadamente de 1 año que acontece a la pubertad, el termino se refiere también a cambios físicos que tienen lugar en este periodo y que culminan en la pubertad.

El comienzo de la pubescencia se caracteriza por una aceleración en el ritmo de crecimiento físico y por el término de latencia de crecimiento. Junto a este proceso de aceleración se producen cambios en las proporciones faciales y corporales, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios. (4)

**Pubertad:** Momento en la vida, en el que comienza a manifestarse la madures sexual, en las niñas con la aparición del primer ciclo menstrual o menarquía y en los varones por diversos signos, quizás el más confiable sea la presencia de espermatozoides en la orina.

La pubertad no tiene límites claros, ni en varones, ni en mujeres. Al principio la menstruación es escasa e irregular y a veces pasan meses entre un flujo y otro. Es posible que los varones no puedan todavía eyacular, aunque hayan descubierto que la proximidad femenina es un fuerte estímulo para la erección. (4)

Generalmente se establece como edad de la pubertad los 12 años para las mujeres y los 14 años para los varones. Pero no tiene sentido hablar de promedios. Pues son muy amplias las diferencias individuales entre los diferentes grupos, debidas posiblemente a la alimentación, el estado de salud, la exposición al estímulo sexual, y muchos otros factores desconocidos. Pero se tiende a decir que los varones llegan 2 años después que las mujeres a la pubertad. (4)

**Adolescencia:** Aplicado al desarrollo físico se refiere al periodo que comienza con el rápido crecimiento de la pubertad y termina cuando alcanza la plena madurez física. Esta definición es ambigua pues no se sabe con exactitud lo que es "la plena madurez física". (4)

## **CAMBIOS DE LOS CARACTERES SEXUALES LOS CAMBIOS FÍSICOS DE LA PUBERTAD EN LAS NIÑAS**

Durante estos años cambiará de tener cuerpo de niña a tener cuerpo de mujer. Cómo y cuándo tendrán lugar estos cambios físicos de la pubertad depende de cada niña. Es una época extraña y forma parte de los muchos cambios de la adolescencia. (5)

A continuación describimos los cambios más importantes que se nota durante esos años.

**Cambios en la piel:** En general la piel se hace más grasa, y es posible que sude más que antes.

Esto se debe a que están creciendo las glándulas. La higiene personal durante la adolescencia es muy importante para controlar malos olores corporales. Es muy probable que salgan granos en la cara, sobre todo, y en la parte superior de la espalda. La presencia de este tipo de acné juvenil se debe a desequilibrios hormonales, y forma parte de la pubertad. Si preocupa la intensidad de los granos, es aconsejable acudir a un médico. (5)

**Aparición de vello corporal:** Durante la pubertad saldrá vello en el pubis, en las piernas y en las axilas. La mayoría de chicas adolescentes deciden depilarse, con cera, crema, o máquina de afeitar. Nunca deben compartir la misma máquina de afeitar con nadie. De hecho, la mejor forma de depilarse es con cera. (5)

**Cambios en la forma de tu cuerpo:** Durante la pubertad las caderas se anchan y la cintura se acentúa. La grasa empieza a acumularse en el estómago, las piernas y las nalgas. Esto es completamente normal y hace que tenga las curvas de una mujer.

**El pecho:** Para la mayoría de chicas, la pubertad empieza cuando los pechos empiezan a crecer. Primero notará un bulto a veces algo doloroso por debajo del pezón que poco a poco empieza a crecer. Al principio es normal que un pecho crezca a un paso distinto al otro, Cuando han crecido a su tamaño final, lo más probable es que sean más o menos iguales. Durante el crecimiento empezará a llevar sujetador. (5)

No hay que preocuparse si los pechos crecen más lento que los de sus amigas. Cada niña tiene una pubertad distinta.

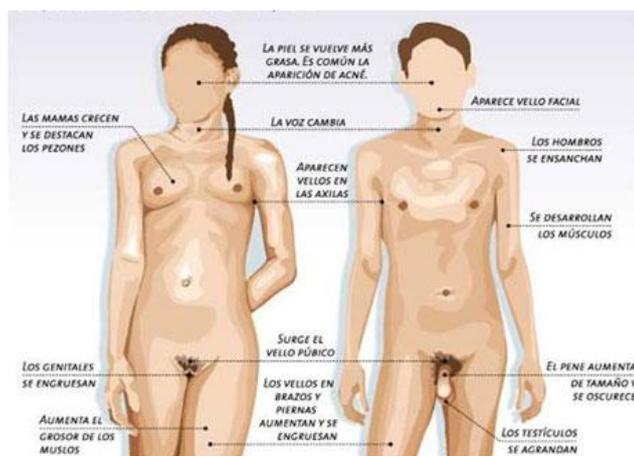
Cambios de tamaño en distintas partes del cuerpo: Durante la fase de la pubertad, todas

las partes del cuerpo crecen, pero es posible que algunas más rápidas que otras. Tal vez esto la hace sentir rara y algo torpe, es normal.

**La menstruación:** Supone el momento que señala el inicio de la madurez sexual cuando los ovarios empiezan a producir óvulos. La menstruación suele empezar entre los 9 - 16 años de edad. Antes del primer periodo, la mayoría de niñas empiezan a tener mayor cantidad de flujo vaginal transparente. (5)

La menstruación es el sangrado mensual de la mujer. También se le llama regla, período menstrual, o período. La sangre menstrual es en parte sangre y en parte tejido del interior del útero (matriz), fluye desde el útero, a través de la pequeña abertura del cuello uterino, y sale del cuerpo a través de la vagina. (5)

### GRÁFICO N° 39 CARACTERÍSTICAS SEXUALES



Fuente: <http://pediatraldia.com>

### LOS CAMBIOS FÍSICOS DE LA PUBERTAD EN LOS CHICOS

Los chicos suelen pasar la pubertad entre los 10 y 16 años. Casi siempre va acompañada por un crecimiento muy notable durante uno o dos años.

**Vello:** Durante los años de la pubertad crecerá vello en las axilas, piernas, cara, arriba del pene e incluso en el glúteo. Es posible también durante la última fase de pubertad

que aparezcan pelos en el pecho, aunque no todos los hombres tienen vello en esta zona. En la cara, aparecen primero pelos finos en la zona del bigote haciendo una sombra. (5)

Cuando decida empezar a afeitarse, es importante que tenga una maquinilla propia y que no comparta con familiares o amigos. Utilizar siempre crema de afeitar, porque de lo contrario podría irritar la piel. (5)

**La piel:** Tendrá la piel más grasa y sudará más que antes. Debe lavarse todos los días y utilizar un desodorante durante el día para controlar olores. Durante la pubertad es probable que le salgan granos en la cara y/o espalda.

La mayoría de adolescentes padecen acné en algún momento de la pubertad. Si le preocupa debe consultar un médico que le podrá aconsejar sobre los mejores productos (jabón y cremas) según el tipo de piel que tenga. (5)

**Voz:** La mayoría de chicos empiezan a notar cambios en la voz alrededor de los 14 años. Durante unos meses - o años - tendrá un tono extraño hasta que se termine de cambiar y pasar a voz de hombre. (5)

**La forma de tu cuerpo:** Durante los años de la pubertad, crecerá más alto y sus hombros se ancharán. Ganarán peso. Algunos niños experimentan un aumento de masa muscular debajo del pezón. Durante la pubertad los músculos crecerán y se endurecerán.

(5)

**Tamaño del cuerpo:** Es una época de fuerte crecimiento, y a veces se sentirá torpe y tendrá la sensación de que los brazos son demasiado largos, las manos y pies muy grandes.

**Pene:** El pene y los testículos crecen y tendrá erecciones más a menudo debido a un aumento de las hormonas sexuales. Aunque esto le puede desconcertar, sobre todo cuando tiene una erección de repente. (5)

Durante la pubertad el cuerpo empieza a producir espermatozoides y muchos chicos empiezan a experimentar los llamados sueños mojados provocados por una eyaculación involuntaria durante el estado del sueño. (5)

## **CAMBIOS PSICO-SEXUALES**

- Aparece un interés por el atractivo físico del otro.
- También un interés por cuidar y resaltar el propio atractivo.
- Se afianza la tendencia a la relación y al vínculo con determinadas personas.
- Toma cuerpo la función psicológica del impulso sexual.
- El mundo emocional busca expresarse a través de los sentidos.
- Aparecen conductas tendentes a obtener placer (en relación con el otro, o a través de la autoestimulación). (5)

## **LA RELACIÓN CON LOS PARES**

Los amigos/as son para el adolescente su lugar de actividad donde surge su iniciativa, su espíritu aventurero y en donde comienzan a surgir las necesidades románticas.

En esta etapa, los adolescentes comienzan a reducir la cantidad de personas en sus contactos grupales.

Su capacidad de entablar nuevas relaciones y la tendencia a la intimación quitan superficialidad a la amistad juguetona de la infancia, formándose así las amistades de toda la vida poniéndose en relieve la seriedad en el contacto entre ambos sexos, lo que indica un buen índice de maduración. (6)

La tendencia a reducir los contactos hace que el YO se aísle conscientemente y quede en soledad.

La joven vivencia la soledad como pena, pero no obstante como una necesidad. A ello se opone el constante deseo de contacto, el lamento por el amigo/a o por un ser a quien se puede decir todo lo que uno mismo no puede resolver. (6)

## **EMBARAZO ADOLESCENTE**

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para la población.

Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una construcción histórica y de un proceso social. (7)

En la adolescencia, el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social.

## **FACTORES DE RIESGO EN UN EMBARAZO ADOLESCENTE**

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

**1.- Factores de riesgo individuales:** Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar. (7)

**2. Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. (7)

**3. Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (7)

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%. (20)

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente. (20)

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia. (20)

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. (20)

## **CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

### **1. Complicaciones somáticas**

#### **1.1 Para la madre**

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. (19)

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. (19)

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. (19)

**TABLA N°53 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

|   | Embarazos adolescentes | Embarazos adultos |
|---|------------------------|-------------------|
| Anemia  | 49.36%                 | 43.67%            |
| Infección Tracto Urinario                                     | 13.29 - 23.2%          | 6.96%             |
| Retardo Crecimiento Intrauterino *                            | 12.02%                 | 5.69%             |
| Parto prematuro   | 8.3 - 8.86%            | 2.8 - 4.43%       |
| Recién Nacido de bajo peso                                    | 6.32 - 6.9%            | 3.16 - 10.1%      |
| Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales) | 10.75 - 15.7%          | 5.69 - 5.7%       |
| Parto Instrumental  | 4.9 - 8.22%            | 2.1 - 10.12%      |

\*Diferencia estadísticamente significativa

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente. (20)

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal. (20)

## 1.2 Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. (20)

## 2) Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes. (20)

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. (20)

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia completa durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta. (20)

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración en las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que inicialmente puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante. (20)

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias completas tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos. (20)

### **FACTORES DE PREOCUPACIÓN EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE ACTUAL**

Se sabe que la sexualidad es parte del desarrollo normal, que cumple diversas funciones y que es un derecho de todos, pero en esta etapa de la vida son motivo de especial preocupación, debido a la existencia de posturas valóricas encontradas entre el mundo adulto y adolescente. En los últimos años se han producido cambios sociales muy rápidos, dando origen a grandes diferencias entre lo que los padres piensan y lo que los chicos hacen o piensan. (21)

A los padres les cuesta entender muchas cosas pues en su época se enamoraba de otra manera y el permiso no partía a las doce de la noche, además la comunicación con sus hijos es difícil debido a la falta en la resolución de sus propios conflictos relacionada a la sexualidad careciendo de herramientas para abordarla.

En general, la preocupación comienza durante la adolescencia y se centra en determinar la conducta sexual apropiada para los jóvenes, basándose en el temor a las

consecuencias de la relación sexual, pero sin tener las herramientas para abordar el problema.

Los medios de comunicación ejercen mucha influencia en los jóvenes, lo que no se debería desconocer, pero algunos padres no tocan el tema y los colegios tampoco, los jóvenes son bombardeados con erotismo sin entregarles las herramientas para que lo manejen y con ausencia absoluta de contenido acerca de las consecuencias negativas.

Tanto en programas como en publicidad se promueven imágenes de cantantes famosos con alto contenido erótico y en la Internet se puede tener acceso a todo con sólo apretar un botón, desde páginas eróticas hasta conductas bizarras, mientras que los padres en su tiempo con suerte pudieron ver una revista. (21)

Por otra parte, existe una falta de información y formación en sexualidad; se echa de menos un modelo sexual en los colegios, aún existe un enfoque machista por parte de los papás y la responsabilidad sigue cayendo sobre las mujeres. (21)

Preocupa también el hecho de que la edad de la menarquia se ha adelantado; hace 100 años era los 16,8 años y ahora es a los 12,5 años; además, ha aumentado el lapso entre la madurez psicosocial y biológica, lo que está retrasando la edad del matrimonio. (21)

Otra fuente de preocupación son los factores propios del adolescente:

- Alto grado de experimentación, que es normal para la época que están viviendo.
- Gran sentimiento de invulnerabilidad.
- Dificultad para conversar de sexualidad con la pareja.
- Falta de un adulto referente a quién pedir ayuda en sexualidad.
- Difícil acceso a salud sexual y reproductiva.
- Presencia de conductas de riesgo que influyen en la sexualidad, como el consumo de alcohol y drogas.
- La característica tendencia del adolescente a no planificar, de modo que no se plantea el uso métodos anticonceptivos.
- La presión ejercida en la mujer por su grupo de pares para iniciar la actividad coital en forma precoz catalogando despectivamente a la adolescente tranquila.

## **Masturbación**

La masturbación es considerada como una conducta normal desde el punto de vista estadístico, porque la mayoría de los hombres lo hace; en las mujeres tendría menor frecuencia, pero no está claro cuánto menor, lo que se debe a la socialización desde la niñez, que se refleja, en la adultez, en la vergüenza. (21)

La mayoría de los adolescentes la considera normal, practicándola más seguido a principios de la adolescencia, con una frecuencia de una a diez veces al mes. Tampoco es anormal no hacerlo.

## **Petting**

“Petting” significa “caricias”, y es parte de una transición progresiva hacia una sexualidad activa. En general, la entrada en una sexualidad activa ha cambiado. Antiguamente los niños se iniciaban en un burdel y las niñas, en la noche de bodas; ahora ya no existe un rito, sino una transición progresiva, una familiarización con el cuerpo y sus sentimientos. (21)

Los grados de petting, que son similares a los del “Rumpy”, son:

- I. Tomarse las manos, darse besos, abrazarse.
- II. Caricias sexuales sobre la ropa, que pueden incluso imitar una relación sexual.
- III. Caricias sexuales bajo la ropa, pero sin penetración. Incluye desde meter la mano bajo la ropa hasta estar totalmente desnudos y practicar sexo oral o masturbación mutua.
- IV. Coito.

Por lo tanto, que un adolescente sea virgen no significa necesariamente que esté sexualmente inactivo y libre de riesgos. (21)

## Relaciones sexuales

Con respecto a las relaciones sexuales, la clasificación convencional está basada en un status frente a ellas: si el adolescente las había tenido, era sexualmente activo y con riesgo, mientras que si no las había tenido, se consideraba inactivo o virgen y sin riesgo.

Esta división tan simple ha sido reemplazada por una nueva clasificación, basada en la intención de conducta o idea acerca de cuándo se quiere iniciar las relaciones sexuales, dando lugar a los postergadores que no desean iniciarse aún y a los anticipadores que piensan hacerlo pronto. Conociendo esto se puede trabajar en prevenir el riesgo del inicio no protegido y en apoyar lo más posible el retraso en el inicio. (21)

Las encuestas efectuadas en este grupo de edad muestran los siguientes resultados:

- Con respecto a la edad de inicio de la actividad sexual, a los 19 años está activo el 42,1% de los adolescentes, con una edad promedio de inicio de 15,8 años.
- Los hombres se inician 1,5 años antes que las mujeres, pero la brecha ha ido disminuyendo.
- A los 24 años se encuentra sexualmente activo el 85,2% de los jóvenes, con una edad de inicio promedio de 17,7 años.
- Más de la mitad aún no inicia relaciones sexuales durante la adolescencia, pero ha ido aumentando el porcentaje de muchachos que se inician en esta etapa; el porcentaje de adolescentes que inicia sus relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años fue de 33% en 1994; 35% en 1997; y 42% en 2001.
- Las mujeres se inician con los enamorados y los hombres, con enamoradas y amigas (mitad y mitad).
- La casa y la casa del enamorado es el lugar de inicio más frecuente.
- Casi 60% de los hombres tienen relaciones con otras parejas.
- El método anticonceptivo estuvo presente en la primera relación sexual en un 25%, encontrándose mayores cifras en el nivel socioeconómico alto.
- Una vez que están activos, sólo el 67,7% se protege, es decir, un tercio no los usa, a pesar de que todos declaran conocerlos.

- Los motivos para iniciarse son: que ambos lo quieren, en 57,7 % de los casos; 36,6 %, por amor, 8,3% por matrimonio y 4,3% porque existe compromiso para casarse.
- Ante la pregunta de si tienen relaciones con otra pareja, además del enamorado(a), 92,6% de las mujeres responden que no y 59,7% de los hombres, que sí. Por lo tanto, hay que asumir que en la prevención de riesgos hay conceptos como el de monogamia que no serán posibles de validar. (21)

También es interesante saber cuál es el rol de cada estamento social como agente socializador de la sexualidad:

50,7%....Pares.

29,0%....Madre.

18,5%....Medios de comunicación.

12,5%....Padre.

11,2%....Hermanos.

10,8%....Profesores.

03,8%....Personal de salud.

02,3%....Gente de la iglesia.

### **Rol del pediatra**

El pediatra debe recordar que la sexualidad no se inicia en la adolescencia y que tiene el deber de entregarle herramientas a los padres para que ellos puedan iniciar conversaciones sobre el tema con sus hijos en forma natural durante la niñez, ya que es la única manera de asegurar una comunicación adecuada para hablar del tema con ellos cuando sean grandes, y debe promover una actitud positiva, natural y sin culpas frente al tema. (23)

El pediatra debe conocer las guías anticipatorias que se pueden entregar a los padres en las diferentes edades de sus hijos, y saber que en el control anual de salud de adolescentes es importante evaluar la sexualidad, entregar consejería, ser capaz de motivar a los chicos y derivarlos en forma efectiva y oportuna cuando sea necesario.

Para esto, debe tener presente las características y necesidades de cada etapa de la adolescencia, que se resumen a continuación.

Características y manejo del adolescente inicial (10 a 14 años):

- Se inician los cambios físicos.
- Aumenta la curiosidad y atención por su cuerpo y el de sus pares.
- Aparecen las fantasías sexuales y la masturbación.
- El pediatra debe conocer el lenguaje o argot empleado por los adolescentes.
- Debe determinar su intención de conducta acerca de la relación sexual.
- Investigar si está siendo víctima de abuso.
- Detectar la presencia de otras conductas de riesgo en él, la pareja, los pares o la familia.
- Debe entregar consejería informativa sobre el desarrollo puberal.
- Debe anticipar la presentación de poluciones nocturnas, masturbación y menstruación.
- Trabajar los mitos en torno a la sexualidad y a sus conductas.
- Permitir y resolver dudas.
- Ayudarle a entender que las relaciones sexuales son una parte normal de la sexualidad, pero lo más protector es retrasar su inicio hasta madurar social y emocionalmente.
- Ésta es la etapa ideal para trabajar la idea de retrasar el inicio de las relaciones, entregando información completa sobre los riesgos de este inicio.
- Entregar apoyo a los padres. (23)

Características del adolescente medio (15 a 17 años):

- A esta edad se produce una gran maduración física.
- Con frecuencia existe una conducta sexual explosiva y exploratoria.
- Suele haber negación de las consecuencias de esta conducta.
- Tiene relaciones casuales, con o sin contacto sexual.
- Tiene dificultades para asumirse como sexualmente activo(a). (23)

Características del adolescente tardío (18 a 20 años):

- Ya hay maduración física completa.
- La conducta sexual es más expresiva y menos explosiva.
- Se puede desarrollar la capacidad de intimar, o sea, de establecer relaciones afectivas estables y duraderas en el tiempo. (23)

Acciones que se deben efectuar en estas etapas:

- Indagar sobre los “enamoramientos”.
- Determinar si existen confusiones en la orientación sexual.
- Detectar la presencia de abuso o presiones.
- Si ya se inició, determinar la edad de inicio
- Conocer la edad y número de parejas.
- Saber si usa protección, cómo la usa y con qué frecuencia.
- Antecedentes de embarazo o aborto (en ambos sexos).
- Antecedente de ETS o contacto.
- Buscar otras conductas de riesgo en pares, pareja, familia. (23)

### **Consejería en sexualidad**

A continuación se presenta un análisis de los asistentes a consejería en sexualidad en nuestro Centro de Salud Integral del Adolescente, con el objetivo de describir la intención de conducta sexual y factores de riesgo asociados. Estos adolescentes, en su mayoría, fueron derivados por el pediatra al detectar un problema o una necesidad específica. Sólo el 16% consultó espontáneamente. Los resultados se resumen en la tabla N° 54. (23)

| <i>Clasificación tradicional</i> |            | <i>Nueva clasificación</i>            | <i>Conducta</i>  |
|----------------------------------|------------|---------------------------------------|--|
| <b>Sexualmente inactivo</b>      | <b>48%</b> | <b>Postergadores.....68%</b>          | <b>14% Petting III</b>   |
|                                  |            | <b>Anticipadores.....30%</b>          | <b>56% Petting III</b>   |
| <b>Sexualmente activo</b>        | <b>52%</b> | <b>Coito único (n=9).....15%</b>      | <b>78% no protegido</b>  |
|                                  |            | <b>Pareja única (n=31).....53%</b>    | <b>42% riesgo<br/>26% AS protegida<br/>32% abstinencia</b>   |
|                                  |            | <b>Parejas múltiples (n=19)...32%</b> | <b>58% riesgo<br/>16% AS protegida<br/>26% abstinencia<br/>Edad inicio menor<br/>Otros riesgos (+)</b> |

Tabla N° 54. Intención de conducta sexual y factores de riesgo en los consultantes a un Centro de Salud Integral para adolescentes.

Con estos datos se puede concluir que los adolescentes vírgenes no deben ser considerados como exentos de riesgo en sexualidad; que los adolescentes con múltiples parejas concentran conductas de mayor riesgo, no sólo de tipo sexual; que, a pesar de las conductas de riesgo y de que se trata de un Centro amigable, sólo un pequeño porcentaje de los consultantes acude espontáneamente. (23)

Esto reafirma la necesidad de que el pediatra evalúe la sexualidad en el control de salud de todos los adolescentes y sepa hacer o derivar para consejería, en la que idealmente se debe:

- Apoyar la toma de decisiones.
- Reforzar la decisión de retrasar el inicio de la actividad sexual. Los adolescentes tienen derecho a recibir todos los mensajes de protección.
- Ayudar a establecer límites, estimular la negociación y la asertividad.
- Enseñar a decir que no.
- Aprender a resistir las presiones de los pares o parejas.
- Trabajar los mitos (Ejemplo: “él se cuida”).

- Identificar otras conductas de riesgo.
- Verificar y fomentar la percepción objetiva del riesgo (embarazo, ETS).
- Fomentar el inicio protegido cuando lo decida.
- Entregar información sobre anticoncepción.
- Enseñar uso correcto del condón, cómo comprarlo, etc.; preocuparse de que lo conozcan, ensayen su uso y tengan stock.
- Derivar en forma oportuna (ginecólogo, matrona, psiquiatra).
- Permitir preguntas, resolver inquietudes.
- Recordar que existe mayor riesgo en los “enamoramientos” estables.
- Detectar y manejar los casos especiales: cardiópata, hipertensos, obesos, PKU, además de los portadores de trastornos en la identidad sexual y los discapacitados mentales. (23)

#### **6.8 DESARROLLO DE LA PROPUESTA:**

Se realizara actividades con un grupo de adolescentes mes a mes, que consistirá en Charlas o Videos informativos que les explicaran sobre temas de mucho interés acerca de la sexualidad y planificación familiar.

Posteriormente se desarrollara un taller que consistirá en temas tratados en ese día, con los materiales donados por ENIPLA. Las charlas serán los días martes a miércoles a las 14:00 hasta 16:00pm.

Al finalizar del curso se les entregara a los participantes, material impreso sobre el taller expuesto ese día.

**TABLA N° 55 ACTIVIDADES A REALIZAR**

| FECHA                          | TEMA                                 | Objetivo de Aprendizaje  |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| <b>ENERO</b><br>8 / 01 /2013   | “ADOLESCENCIA”                       | Explicar sobre lo que es ser un adolescente, para que se sientan identificados       |
| 22/ 1/2013                     | “ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA”          | Hablar sobre las diferentes etapas de adolescencia a conozcan los adolescentes.      |
| <b>FEBRERO</b><br>12 / 02/2013 | “SEXUALIDAD “                        | Dar a conocer sobre sin ningún tabú la sexualidad                                    |
| 19/ 02/2013                    | “SEXUALIDAD Y GENERO”                | Diferenciar la sexualidad del género.  |
| <b>MARZO</b><br>5/ 03/2013     | “SEXUALIDAD Y AMOR”                  | Explicar las etapas del amor y como ser responsable cuando tengan su pareja estable. |
| 12/03/2013                     | “CARACTERES SEXUALES”                | Diferenciar los diferentes cambios sexuales del Hombre y la Mujer.                   |
| 26/03/2013                     | “VALORES DE RESPETO”                 | Dar valores a los demás como es el respeto.  |
| <b>ABRIL</b><br>03/04/2013     | “IDENTIDAD”                          | Dar a conocer su identidad, su origen.   |
| 09/04/2013                     | “AUTOESTIMA”                         | Orientar que las personas deben quererlos y valorarlos por lo que ellos son.         |
| 10/ 04 / 2013                  | “CARACTERÍSTICA SEXUALES FEMENINAS”  | Integración grupal   |
| 16/04/2013                     | “CARACTERÍSTICA SEXUALES MASCULINAS” | Explicarles sobre las diferencias de carácter que tienen las personas.               |
| <b>MAYO</b>                    | “ENFERMEDADES DE                     | Identificar las ITS más  |

|                             |   |   |
|-----------------------------|---|---|
| 14/ 05/2013                 | TRANSMISIÓN SEXUAL”                                     | frecuentes y prevenirles.   |
| 21/05/2013                  | “HIGIENE PERSONAL ”                                     | Dar nomas de higiene personal para mejorar el estilo de vida.                                       |
| <b>JUNIO</b><br>07/05/2013  | “ASERTIVIDAD”   | Dar a conocerse como persona  |
| 08/05/2013                  | VIDEO-CHARLA SOBRE EL EMBARAZO                          | Cambios en el Embarazo  |
| 14/05/2013                  | “CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA “              |   |
| 21/05/2013                  | “MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ”                    |   |
| 22/05/2013                  | “DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTORES DE LOS ADOLESCENTES” |   |
| 23/05/2013                  | “DERECHOS DE LOS ADOLESCENTES”                          | Integración con otros adolescentes.   |
| <b>JULIO</b><br>03/07/2013  | “HIGIENE DENTAL”,                                       | Por parte de la odontóloga, dio a conocer como cepillarse adecuadamente.                            |
| 09/07/2013                  | “LAVADOS DE MANOS”,                                     | Adecuado lavado de manos para disminuir las enfermedades.   |
| 23/07/2013                  | “MALTRATO Y VIOLENCIA”,                                 | Explicarles que nadie les puede maltratar a los adolescentes y que hacer en el caso de un maltrato. |
| 30/07/2013                  | “TIPOS DE VIOLENCIA”,                                   |   |
| <b>AGOSTO</b><br>07/08/2013 | “CARACTERÍSTICAS SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA”,          | Identificar los cambios sexuales en la adolescencia.  |
| 20/08/2013                  | “ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUALES”,                 | Como prevenir las ITS   |

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| 21/08/2013                      | Reunión sobre EL ENCUENTRO DE ADOLESCENTES EN LA                             | Charla abierta sobre todos los temas de sexualidad e integración del grupo.  |
| <b>SEPTIEMBRE</b><br>10/09/2013 | “COLOCACIÓN DEL PRESERVATIVO”  | Practica con el maniquí de ENIPLA para que den a conocer la colocación adecuada del preservativo.                    |
| 11/09/2013                      | “SIDA”,  |  |
| 17/09/2013                      | “PREVENCIÓN DEL SIDA ”   |  |
| <b>OCTUBRE</b><br>08/10/2013    | “EMBARAZO EN ADOLESCENTES”   | Explicarles los factores que influyen en un Embarazo Adolescente.  |
| 23/10/2013                      | “APARATO REPRODUCTOR MASCULINO”  | Dar a conocer lo que han aprendido en todos los talleres realizados a los demás adolescentes.                        |
| 29/10/2013                      | “APARATO REPRODUCTOR FEMENINO”   |  |
| 30/10/2013                      | “NUTRICIÓN – PIRÁMIDE ALIMENTICIA”, CON LA PARTICIPACIÓN DE 16 ADOLESCENTES. | Explicarles una adecuada nutrición y cuáles son los alimentos que deben comer para que puedan explicar en sus casas. |
| <b>NOVIEMBRE</b><br>19/11/2013  | “DEFINICIÓN DEL SEXO”  |  |
| 20/11/2013                      | “SEXUALIDAD Y LA FAMILIA”,   | Hablarles lo importante que deben tener una buena comunicación con la familia  |
| 26/11/2013                      | “SEXUALIDAD Y ADULTEZ”   | Explicarles lo que tiene que hacer ante, durante, después de un sismo  |

## **6.9 CONCLUSIONES:**

Luego de haber trabajado en estas actividades con un grupo de jóvenes, se puede decir que se ha tratado de integrarse a la vida de los chicos adolescentes y poder conocer sus diferencias, sus características como ser.

Entre los problemas encontrados se puede citar una gran inestabilidad emocional, más la gran inseguridad a la hora de tomar decisiones y la falta de valores entre ellos mismo y los demás, lo que lleva a que existan problemas con su entorno.

El inicio de la etapa sexual y las relaciones con el sexo opuesto, son una de las consecuencias de este desequilibrio.

El sostén de los adolescentes son sus mismos compañeros y amigos según ellos "los únicos que los entienden".

En este periodo, el joven se relaciona con un gran número de gente, de todas las edades y clases sociales, fruto de sus salidas. Pero también comienza a diferenciar a sus verdaderas amistades, fortaleciendo su contacto con aquellos que considere que serán "para toda la vida".

- El conocimiento de los riesgos y factores de riesgo es importante para la promoción y prevención de la salud en el adolescente.
- El papel de la familia como núcleo rector de la sociedad en la educación integral del adolescente.
- La Atención Primaria de la Salud como protagonista de la salud integral del adolescente en la comunidad.

En fin, podemos decir que el adolescente transita en esta etapa de la vida un periodo de autoconocimiento, que le permite construir una personalidad firme.

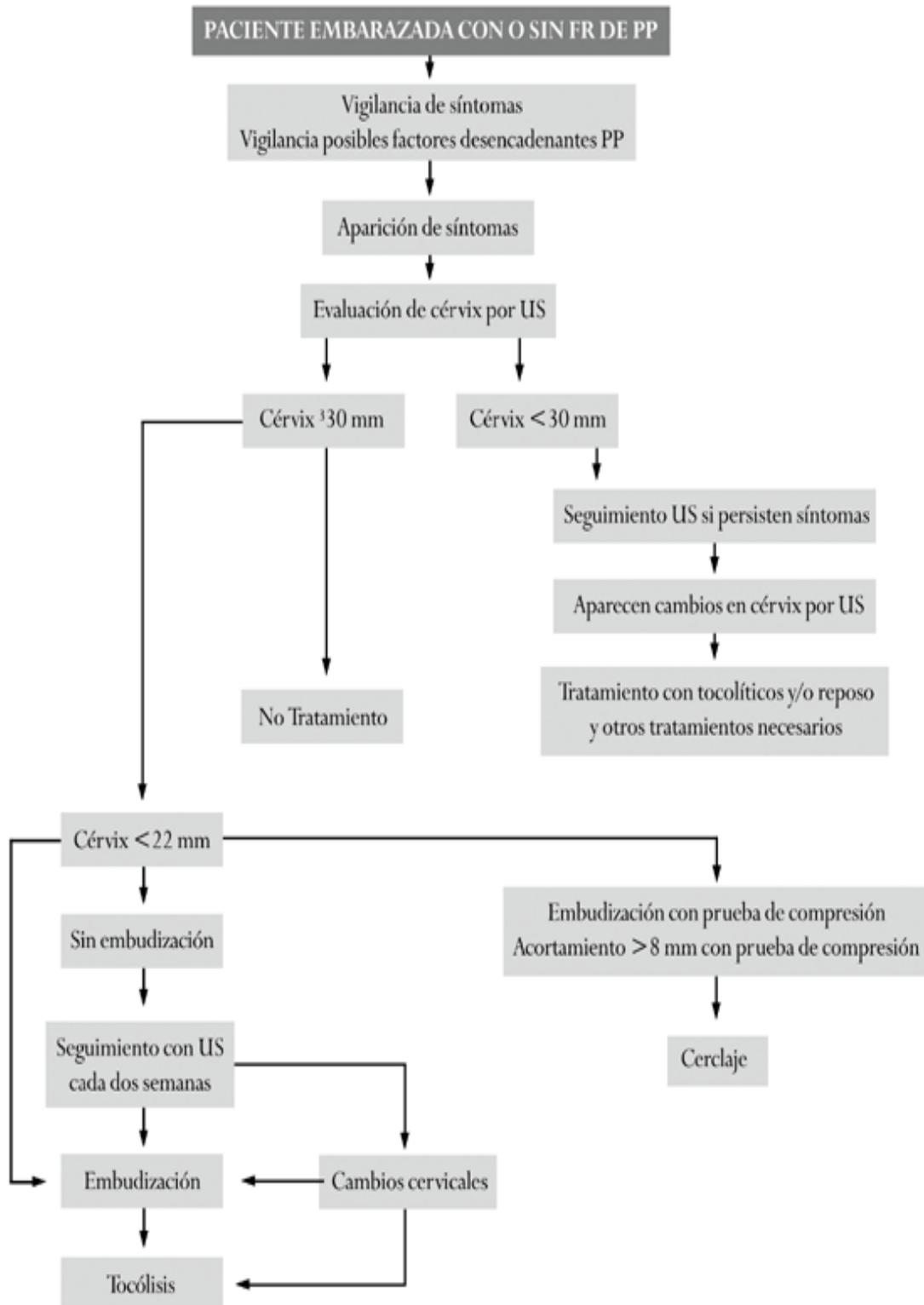
## **7.1. RECOMENDACIONES:**

- Solicitar al M.S.P que colabore con un mejor apoyo para este grupo de Adolescentes con: jiras, encuentros con otros grupos de Adolescentes para que interactúen ideas y pensamientos.

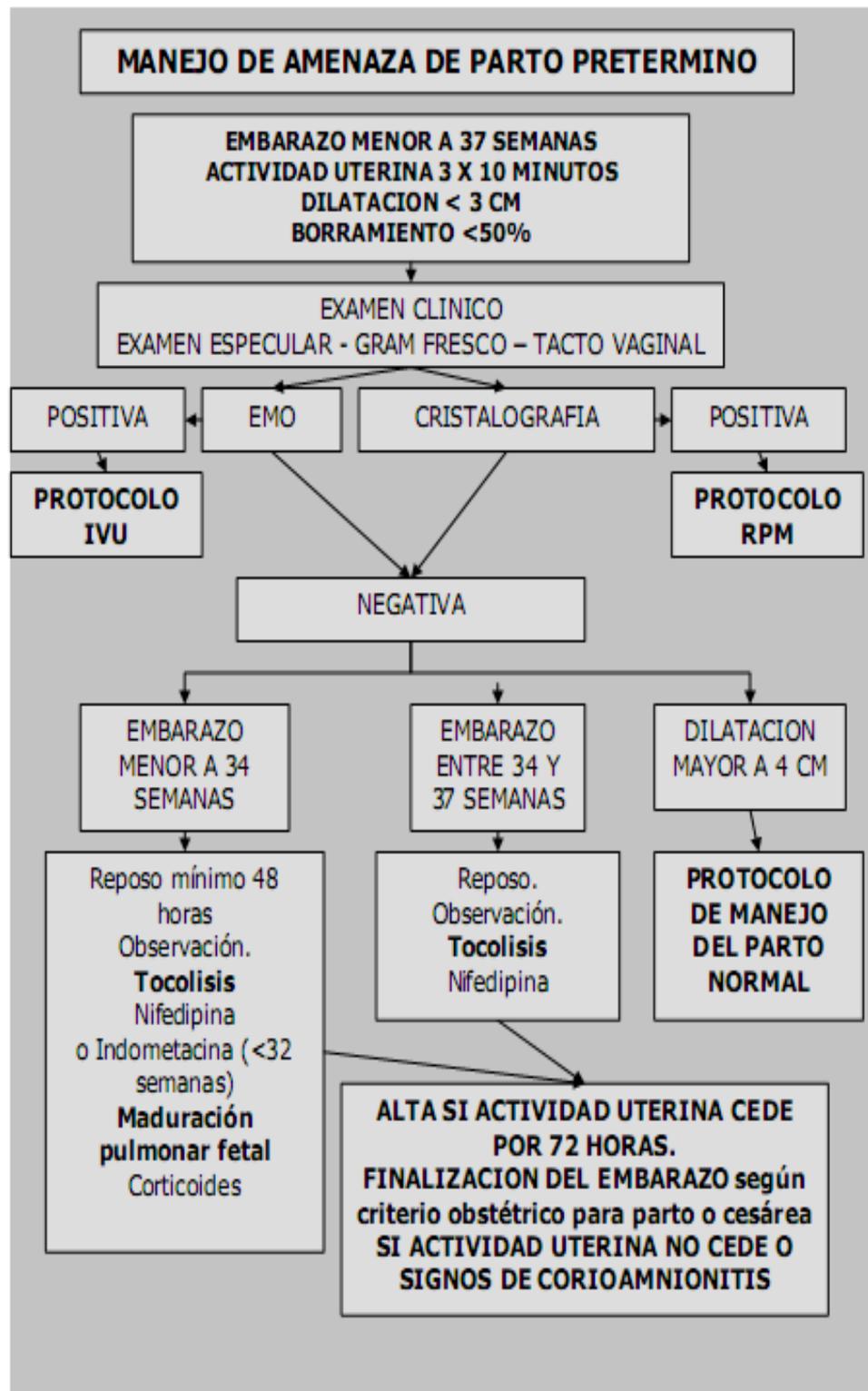
- ✓ Procurar al H.R.R, que se integren a los demás grupos de adolescentes con el grupo de Adolescentes.
- Gestionar al H.R.R que una vez al mes, se pueda contar con un profesional en psicología para que les de charlas en caminadas a los problemas del entorno.
- ✓ Continuar con el proyecto de Adolescentes, ya que son seres puros con un gran corazón, son personas que necesitan un apoyo, tratando de explicarles, contarles sobre sus diferentes cambios y problemas que van en su etapa que es la Adolescencia.

# **ANEXOS**

## ALGORITMO DE MANEJO



## FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

### LINKOGRAFÍA:

1. Acurio. J. (2013). Ruptura prematura de membranas en embarazo de adolescentes y su relación con infección de vías urinarias en el Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Prócel de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Recuperado el 11 de Octubre del 2013. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1763.pdf>.
2. Beltrán. L. (2006). Fundación escuela de gerencia social ministerio del poder popular para la planificación y desarrollo. Recuperado el 18 de junio del 2012, disponible en <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>.
3. Calvo. R. (2008). Protocolo de Parto Pretérmino. Recuperado el 12 de Junio del 2013. Disponible en <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolo.htm>.
4. Castro. J. (2012). Prevalencia, Signos y Síntomas de Preeclampsia en Mujeres Atendidas en el Hospital Provincial de la Ciudad de Riobamba en el Periodo Abril 2009 – Marzo 2010. Recuperado el 5 de Noviembre del 2013. Disponible en <http://hdl.handle.net/123456789/1911>.
5. Chang. C, Torres. E, Laspina. C, Salas. B. (2013). Normas y Protocolo Materno. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2013. Recuperado el 18 de febrero del 2014. Disponible en <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>.
6. Congreso Nacional del Ecuador. (2003). Código de la Niñez y Adolescencia. Recuperado el 4 de Julio del 2013. Disponible en [www.oei.es/quipu/ecuador/Cod\\_ninez.pdf](http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf).
7. Cruz. L. (2010). Escuela superior de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina. Complicaciones en madres adolescentes primigestas con infección de vías urinarias. Hospital José María Velasco Ibarra. Tena 2010. Tesis de

- grado. Recuperado el 10 de marzo del 2013. Disponible en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1912/1/94T00091.pdf>
8. Delgado. J. (2007). Identificación de factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en la Clínica Rafael Uribe Uribe. Recuperado el 8 de Marzo del 2013. Disponible en <http://www.unilibrecali.edu.com>.
  9. Gallego. J, Díaz. D. (2009). Obstetricia integral Siglo XXI. Recuperado el 19 de Mayo del 2013. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.es>.
  10. González. D, Billings. D, Ramírez. R. (2008). Revista Scielo. Recuperado el 2 de Agosto del 2013. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>.
  11. Gonzáles. M. (2004). Departamento de Adolescencia “Ser Joven”. Recuperado el 7 de Septiembre del 2013. Disponible en <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1919.pdf>.
  12. Hospital Provincial General Latacunga. (2012). Map locator. Recuperado el 8 de junio del 2012. Disponible en [http://www.worldmapfinder.com/GoogleMaps/Es\\_South-America\\_Ecuador\\_Latacunga.html](http://www.worldmapfinder.com/GoogleMaps/Es_South-America_Ecuador_Latacunga.html).
  13. Issler. J. (2001). Embarazo en la Adolescencia. Recuperado el 25 de Mayo del 2013. Disponible en [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html).
  14. Laterra. C, Susacasab. S. (2011). Guía Clínica de Prevención Parto Prematuro. Recuperado el 3 de Febrero del 2013. Disponible en <http://www.scp.com>.
  15. León. P, Minassian. M, Borgoño. R, Bustamante. F. (2008). Revista de Pediatría. Recuperado el 22 de Julio del 2013. Disponible en <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>.
  16. Manrique. R. (2008). Parto Pretérmino en Adolescentes. Recuperado el 2 Febrero

del 2013. Disponible en [www.scielo.org.ve/scielo.htm](http://www.scielo.org.ve/scielo.htm).

17. Martín. F, Abreo. G. (2009). Embarazo Adolescente: Frecuencia y causas de admisión al servicio de Tocoginecología del Hospital “Dr. José R. Vial”. Recuperado el 4 de Abril del 2013. Disponible en [www.Med.unne.edu.ar/revista/190/3\\_190.pdf](http://www.Med.unne.edu.ar/revista/190/3_190.pdf).
18. Martínez. J. (2006). Factores maternos relaciones con el parto pretérmino y su repercusión en el Neonato. Recuperado el 15 de Enero del 2013. Disponible en <http://www.revistas.concytec.gob>.
19. Martínez. L. (2008). Factores de Riesgos en la Amenaza de Parto Pretérmino en adolescentes. Recuperado el 21 de Febrero del 2013. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-partoprematuro.htm>.
20. Nájera. M. (2009). Determinantes de Riesgo Obstétrico y Perinatal que aumenta la incidencia de Parto Pretérmino: una visión epidemiológica en el embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante año 2008. Recuperado el 2 de Junio del 2013. Disponible en <http://www.dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream.html>.
21. Oñate. V. (2011). Factores de Riesgo en Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga. Recuperado el 23 de Marzo del 2013. Disponible en <http://www.sisbib.unmsm.edu.ec>.
22. Ortiz. A. (2007). Amenaza de Parto Pretérmino Diagnóstico. Conducta. Recuperado el 15 de Enero del 2013. Disponible en <http://www.med.unne.edu.ar>.
23. Palacio. M, Cobo. T, Ros. C. (2007). Guía Clínica Amenaza de Parto Pretérmino. Recuperado el 16 de Abril del 2013. Disponible en <http://www.medicinafetalbarcelona.com>.

24. Saftlas. A, Olson. D, Frank. A, Atrash. H, Pokras. R. (2011). Epidemiology in preeclampsia and eclampsia in the United States. American Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1990 Marzo; 5(16). Recuperado el 9 de Septiembre del 2012. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719289/>.

### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA:**

**SCIELO.** Calderon. R. (2010). Acta Médica Costarricense - Characteristics of Prenatal Care of Pregnant Adolescents, Department of Obstetrics, Hospital “Dr. Rafael Angel Calderon Guardia”, 2010. Recuperado el 10 de julio del 2012, disponible en [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022012000200005&lang=pt](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000200005&lang=pt).

**SCIELO.** Corrêa. T. (2011). Revista Latino-Americana de Enfermagem - Maternal factors regulating preterm infants' responses to pain and stress while in maternal kangaroo care. Recuperado el 18 de junio del 2012, disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000300003&lang=pt#end](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300003&lang=pt#end).

**SCIELO.** Flávio. M. (2012). Revista Gaúcha de Enfermagem - Maternal risk factors for premature births in a public maternity hospital in Imperatriz-MA. Recuperado el 22 de junio del 2012, disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200013&lang=pt).

**SCIELO.** Mancilla. J. (2012). Perinatología y reproducción humana - Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. Recuperado el 20 de Agosto del 2012, disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-5337201200010001&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-5337201200010001&lang=pt).

**SCIELO.** Rocha. P. (2010). Escola Anna Nery - Premature childbirth in adolescents: influences of sociodemographic and reproductive factors, espírito santo, 2007. Recuperado el 2 de julio del 2012, disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000200018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200018&lang=pt).