



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

“DETERMINANTES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL QUE  
AUMENTAN LA INCIDENCIA DE PARTO PRETÉRMINO: UNA VISIÓN  
EPIDEMIOLÓGICA EN EL EMBARAZO DE MUJERES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE  
RIOBAMBA DURANTE EL AÑO 2008.”

**TESIS DE GRADO**

**Previo a la obtención del Título de:**

**MEDICO GENERAL**

**AUTOR:**

**MARÍA ELISA PAREDES NÁJERA**

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS por bendecir mis días  
A MIS PADRES por su amor y apoyo en todo momento  
A MI HIJO por venir a ser la inspiración de mi vida,  
cuando más lo necesitaba

AL DOCTOR Iván Naranjo, maestro de aula que me guió con sus consejos y su oportuna asesoría para la culminación de este trabajo.

AL DOCTOR Lino Rojas, Médico del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, maestro de la Escuela Politécnica de Chimborazo y miembro de tesis.

## **DEDICATORIA**

A mis queridos padres  
A mi amado hijo Daniel Alejandro.

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal con la investigación de 48 historias clínicas atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el año 2008, con el objeto de contribuir al análisis del problema del embarazo en la adolescencia y establecer los factores de riesgo o de causalidad del parto pretérmino con vistas al reconocimiento epidemiológico del perfil de riesgo relacionado con la edad.

Para el análisis estadístico se usó Microsoft Excel, observándose que la mayor incidencia de amenaza de parto pretérmino es en la adolescencia tardía (17-19 años) con 72.09%, debido a una multicausalidad, siendo las principales el bajo control prenatal con 50%, repercutiendo en la aparición de otras patologías que en asociación representan vaginosis+infección de vías urinarias 12.5%, anemia+vaginosis 8.33%, así también de forma independiente se presentó Infección de vías urinarias , anemia y vaginosis con 12.5% cada una.

Se evidenció una predominancia del 50% de bajo peso mediante el normograma SISVAN entre gestantes adolescentes junto al deterioro del factor económico ya que se encontró el 85.42% entre estadio regular y malo.

Puede concluirse que la adolescencia es un grupo mayormente afectado por su indivisible epidemiología y que es necesario un adecuado y eficaz control prenatal para la detección temprana de factores de riesgo y reproductivos.

## **SUMMARY**

We performed a retrospective cross-sectional descriptive study to research medical records of 48 treated at the Provincial General Teaching Hospital in Riobamba, in 2008, with the aim of contributing to the problem analysis of teenage pregnancy and the risk factors set or causality of pre term delivery in order to recognize the epidemiological profile of age-related risk.

For statistical analysis Microsoft Excel was used, noting the higher incidence of pre-term labor threat is in late adolescence (17-19 years) with 72.09% due to multiple causes, the main ones being the control prenatal 50%, impacting on the development of other pathologies in association representing vaginitis + urinary tract infection 12.5%, vaginitis anemia + 8.33%, and also independently presented urinary tract infection, anemia, vaginitis with 12.5% each one.

It showed a 50% prevalence of underweight by normo SISVAN program among pregnant adolescents by the deterioration of the economic factor as 85.42% was found between regular and bad state.

It can be concluded that adolescence is a group most affected by your undivided epidemiology and the need for an adequate and effective prenatal care for early detection of risk factors and reproductive rights.

## INDICE

	<b>Página</b>
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO REFERENCIAL	4
3.1. Adolescencia	4
3.1.1 Adolescencia Temprana	
3.1.2 Adolescencia Media	5
3.1.3 Adolescencia Tardía	5
3.2. Embarazo en la Adolescencia	8
3.3.- Parto Pretérmino	8
3.2.2. Factores de riesgo de parto Pretérmino	8
3.4. Factores de riesgo	9
3.4.1 Edad	9
3.4.2. Baja Estatura	10
3.4.3. Bajo Peso Materno	11
3.4.4 Índice de masa corporal	12
3.4.5. Normograma de peso talla	15
3.4.6. Categorías de Estado Nutricional	16
3.5. Historia Reproductiva	19
3.6. Enfermedades Maternas Fetales	19
3.7. Gestación Múltiple y prematuridad	21
3.8. Sexo del feto	21
3.9. Factores Medio Ambientales	21
3.10. Diferencias Sociales	22
3.10.1. Contaminación Ambiental	22
3.11. Condiciones de Trabajo	22
3.12. Estilos de vida	<b>23</b>

3.13. Efecto Económico de Parto Pretérmino	<b>24</b>
4. Complicaciones	<b>26</b>
4.1.1 Otras complicaciones	<b>26</b>
5. Pronóstico	<b>30</b>
IV.- METODOLOGÍA	<b>30</b>
V.- VARIABLES	<b>32</b>
5.1. Identificación	<b>32</b>
5.2. Definición	<b>33</b>
VI.- OPERACIONALIZACIÓN	<b>35</b>
VII.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	<b>37</b>
VIII.- CONCLUSIONES	<b>61</b>
IX.- RECOMENDACIONES	<b>63</b>
X.- BIBLIOGRAFÍA	<b>65</b>

## INDICE DE CUADROS

<b>CUADRO No.</b>	<b>DENOMINACION</b>	<b>PÁGINA</b>
1	Distribución de pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el HPGDR en el año 2008, según su edad.	<b>38</b>
2	Porcentaje de pacientes adolescentes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en el HPGDR en el año 2008	<b>39</b>
3	Pacientes adolescentes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en el HPGDR. (Según su edad)	<b>41</b>
4	Clasificación de pacientes según su edad gestacional.	<b>42</b>
5	Análisis de nutrición de las madres adolescentes según normograma de valoración del SISVAN en el embarazo.	<b>44</b>
6	Antecedentes gineco-obstétrico de pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino.	<b>46</b>
7	Intervalo gestacional de pacientes con amenaza de parto pretérmino.	<b>48</b>
8	Enfermedades maternas presentes en las pacientes atendidas en el HPGDR con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino	<b>49</b>
9	Porcentaje del control prenatal en mujeres adolescentes con amenaza de parto pretérmino en el HPGDR.	<b>51</b>
10	Partos pretérmino y relación con el sexo del RN	<b>53</b>
11	Enfermedades fetales presentadas en los RN de parto prematuro en el grupo de estudio.	<b>54</b>
12	Estado civil de las pacientes con diagnostico de amenaza de parto pretérmino.	<b>56</b>
13	Antecedentes patológicos personales de las pacientes de nuestro estudio.	<b>57</b>
14	Factor socio- económico de las madres adolescentes.	<b>59</b>

## LISTA DE GRAFICOS

<b>GRAFICO No.</b>	<b>DENOMINACION</b>	<b>PÁGINA</b>
1	Distribución de la población según la edad En el H.U.S.V.P.	10
2	Incremento de peso en embarazadas	16
3	Curva patrón, incremento peso embarazadas	17
4	Porcentaje de pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el HPGDR en el año 2008, según su edad.	38
5	Porcentaje de pacientes adolescentes diagnosticadas con Amenaza de Parto Pretérmino en el HPGDR en el año 2008.	40
6	Pacientes adolescentes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino del HPGDR en el año 2008. (Según su edad).	41
7	Clasificación de las pacientes, según su edad gestacional.	43
8	Análisis de nutrición de las madres adolescentes según normograma de SISVAN en el embarazo.	45
9	Antecedentes gineco-obstétricos pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino	47
10	Intervalo gestacional de pacientes con amenaza de parto pretérmino.	48
11	Enfermedades maternas presentes en las pacientes atendidas en el HPGDR. con diagnostico de amenaza de parto pretérmino	50
12	Porcentaje del control prenatal en mujeres adolescentes con amenaza de parto pretérmino en el HPGDR.	52
13	Partos pretérmino y relación con el sexo del RN.	53
14	Enfermedades fetales presentadas en los RN de parto prematuro del estudio	55
15	Estado civil de las pacientes con diagnostico de amenaza de parto pretérmino.	56
16	Antecedentes patológicos personales de las pacientes de nuestro estudio.	58
17	Factor socio- económico de las madres adolescentes.	59

## **I.- INTRODUCCIÓN:**

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta, es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características y particularidades muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que comprometen a esta población y en cuya edad el embarazo constituye por sí solo, una condición de riesgo que entraña una elevada morbilidad materna y perinatal. Considerándose la prematuridad uno de los problemas más importantes para la salud materno infantil, las investigaciones epidemiológicas ha asociado diversos factores de riesgo que relacionados estrechamente entre ellos cada vez más se comprende que el parto Pretérmino y la prematuridad, tienen una explicación multicausal. Parece obvio pensar que los condicionantes que acompañan al estatus socioeconómico regulan diversos aspectos biomédicos, ambientales, psicológicos e incluso comportamentales de la gestante, que a su vez inciden en la etiopatogenia del parto Pretérmino y en la que la edad materna supone un notable incremento de la prevalencia de la prematuridad entre las madres menores de 19 años y con mayor significación en los daños perinatales y neonatales cuanto más temprana sea la edad de la adolescente en la que ocurre el embarazo y menor sea la edad gestacional del recién nacido prematuro.

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación y consejería adecuada en los y las jóvenes adolescentes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre su condición física, emocional y económica que además de condicionar y perturbar su proyecto de vida; conlleva entre otros a una problemática de índole médico en la que resulta bastante frecuente la coexistencia de enfermedades maternas y fetales que pueden hacer adecuado y necesario indicar médicamente un parto Pretérmino como cuando enfrentamos una mayor frecuencia de preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal. Ciertamente la baja cobertura de los servicios de salud y la baja autoestima que frecuentemente acompaña a la embarazada adolescente, conspira a que exista un inadecuado control prenatal y uso de la medida preventiva y asistencial indispensable para su control. Es así que según un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Nicaragua, dio a relucir que en Estados Unidos, de cada 1000 mujeres entre 15-19 años nacen 62 niños. En Gran Bretaña de igual manera de cada 1000, nacen 40 niños. En Cuba por ejemplo los nacimientos entre adolescentes representan el 20% de todos los nacimientos en el año 2000. Siendo que el grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %.

La visualización de esta problemática en el quehacer diario de nuestras unidades de salud y de cuidado obstétrico, es entonces que éste estudio

pretende contribuir al análisis del problema del embarazo en la adolescencia y establecer los factores de riesgo o de causalidad del parto pretérmino en adolescentes con una vista de reconocimiento epidemiológico del perfil de riesgo relacionado con la edad y la etapa de la adolescencia en la que ocurre el embarazo. Así mismo, importa describir las caracterizaciones socioeconómicas y culturales asociadas al daño, el comportamiento de los factores medioambientales y los estilos de vida relacionados con los hábitos, el bajo peso materno, a fin de que su identificación permita contribuir a la toma de medidas preventivas y disminución de la morbimortalidad materna y perinatal en nuestra provincia.

## **II.- OBJETIVOS:**

Por lo que el presente estudio plantea los siguientes objetivos:

- Identificar los factores de riesgo general y reproductivo asociadas al embarazo en la adolescencia
- Reconocer la multicausalidad del parto Pretérmino y la morbilidad materna y perinatal asociado al embarazo en la adolescencia.
- Recomendar el uso del enfoque de riesgo basado en la identificación de los factores de riesgo en la atención materno infantil como instrumento de guía para la intervención por el personal de Salud en el manejo de Parto Pretérmino de la mujer adolescente embarazada.

### **III.- MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1 Adolescencia.-**

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: (18,27)

**3.1.1. – Adolescencia Temprana** (10 a 13 años). Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente 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. (18)

**3.1.2. – 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

semejantes, 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. (18)

**3.1.3 – 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 semejantes va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.(18)

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH, por el alto grado de promiscuidad. La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años. En Colombia, el 15% de las muertes maternas se produce en el grupo de 14 a 19 años.(27)

Las adolescentes más propensas a quedar en embarazo son aquellas con estado nutricional inadecuado y condiciones

socioeconómicas desfavorables. Sus principales complicaciones de gestación son: trabajo de parto pretérmino, enfermedad hipertensiva, anemia, diabetes gestacional, hemorragia ante parto y trabajo de parto obstruido en mujeres muy jóvenes de algunas regiones.

La experiencia del embarazo en la adolescencia produce sentimientos confusos, algunos positivos y otros negativos. Aunque las complicaciones médicas del embarazo y el parto en adolescentes pueden minimizarse con un buen manejo y seguimiento, las implicaciones sociales y psicológicas continúan siendo muy importantes. Las principales consecuencias son: aborto inducido, pérdida del control prenatal, ruptura personal y familiar, adopción y abandono.(18,27)

Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbi-mortalidad neonatal aumentada; además, tienen un mayor riesgo de morir en el primer año de vida. Las razones principales de esas muertes son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico. Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo estrato socioeconómico y en aquellas con inadecuado control prenatal. La demora para iniciar el control prenatal, el menor número de controles prenatales, el menor nivel de escolaridad y la mayor tasa de partos pretérmino son las principales causas para que esto pase. El establecimiento del vínculo madre-hijo es difícil si la

madre es muy joven o el embarazo es no deseado; la internación del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales dificulta aún más el establecimiento de este vínculo.(27)

Las madres adolescentes amamantan menos frecuentemente y por períodos más cortos, si no cuentan con el apoyo de un equipo de salud. En aras a mejorar los resultados del embarazo en adolescentes, se debe hacer un control prenatal temprano y frecuente, adicionar el soporte psicosocial y social al cuidado médico y mejorar las condiciones socioeconómicas. Técnicamente el cuidado de las adolescentes durante el parto no difiere de los cuidados para la mujer mayor; la mayoría de las adolescentes no tiene un riesgo incrementado durante el parto, aunque necesitan más soporte emocional y empatía, el cual debe ajustarse a sus necesidades específicas.(18,27)

### **3.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

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

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. (18)

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

### **3.3. PARTO PRETERMINO**

Se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se presenta después de la semana vigésima octava y antes de la semana 37 de gestación. Estableciéndose así una clasificación gestacional por semanas, pero la madurez o prematurez depende de circunstancias individuales de cada embarazo y no necesariamente de la edad gestacional, así la real madurez solo es posible establecer después del nacimiento. Por otra parte cabe anotar que la resolución obstétrica puede lograrse mediante un parto o a través de una cesárea de manera que el calificativo debe ser el de nacimiento pretérmino y no de parto pretérmino. (1,3)

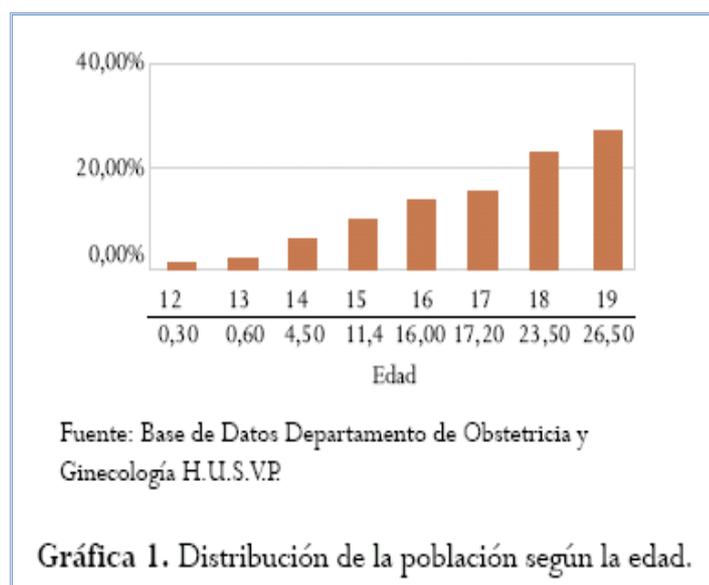
### **3.4.- FACTORES DE RIEZGO DEL PARTO PREMATURO**

Su etiología aún está poco establecida, ya que tras la prematuridad se encuentra un amplio conjunto de factores estrechamente relacionados entre ellos; teniendo cada vez más una explicación multicausal, así tenemos(4)(13)

**3.4.1 Edad.-** se ha observado que la edad materna tiene una asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino. Las gestantes con edad

inferior a los 20 años y especialmente las adolescentes, tienen mayor riesgo de presentar parto pretérmino. Se cree que la edad en las gestantes adolescentes no es un factor independiente, sino que se asocia a otras características, como nivel social, estilo de vida.

Según un estudio realizado por el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. La edad de mayor prevalencia en presentar amenaza de parto pretérmino en la pacientes atendidas fue entre 17-19 años con un 57,4%. Otro estudio del Departamento de Obstetricia y Ginecología del H.U.S.V.P., también nos demuestra que el 67.2% de gestantes adolescentes corresponden a la adolescencia tardía, (Gráfica 1).



Las gestantes mayores de 35 años también presentan una mayor tasa de prematuridad, pero esto se produce, en la mayoría de los casos, por indicación médica debida a otros problemas médicos.(3,11)

**3.4.2 Baja estatura.-** 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.

Se ha observado así mismo que la baja estatura ajustada con otros factores demográficos, en especial con el peso, perdía su significación como factor de riesgo de parto pretérmino.(3,11)

**3.4.3. Bajo peso materno.-** Este factor a demostrado una estrecha asociación con el parto pretérmino, sobre todo cuando el peso es inferior a 55 Kg en la semana 20 de gestación.

El estado nutricional de la adolescente embarazada influye en el resultado final de su embarazo. Es en especial cierto en cuanto al peso de su lactante al nacer, un factor que tiene relación estrecha con la mortalidad del mismo.(11)

Por lo tanto, un estado adecuado de nutrición, antes, durante y después del embarazo, contribuye al bienestar tanto de la madre como de su recién nacido.

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 bajos. Hay estudios que relacionan el peso previo al embarazo con el tamaño de la placenta, por lo que está recomendado en estas mujeres de peso bajo que lo incrementen antes del comienzo de la gestación.

La National Academy of Sciences de Estados Unidos recomienda un aumento de peso de 12,5 a 17,5 Kg. en mujeres de peso normal, 14 a 20 kg. en mujeres

con peso previo bajo, y de 7.5 a 12 kg. en mujeres con sobrepeso anterior, si bien, la mayoría de los autores no recomiendan un incremento ponderal superior a 13 kg. para mujeres con peso previo normal.(22)

Aunque las mujeres obesas corren mayor riesgo de sufrir ciertas complicaciones médicas, no es aconsejable que inicien su dieta durante el embarazo, ya que podrían reducir no sólo calorías, sino nutrientes importantes para el desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre, el aumento esperado es de, aproximadamente, 1,4 a 1,8 Kg., y después de 450 gr. a la semana. El aumento en los tres primeros meses se debe casi en su totalidad al crecimiento de los tejidos maternos; en el segundo trimestre, este incremento ponderal también es debido (a parte del crecimiento tisular de la madre) al tejido fetal; mientras que en el último trimestre, se debe al crecimiento del feto. Desde el tercer mes hasta el término el peso fetal aumenta cerca de 500 veces.

Podemos guiarnos mediante mediciones del IMC, para las embarazadas, con diferentes escalas:

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

- ❖ 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: gestante con  $IMC > 29.0$ .

- **Ganancia de peso:** valor de peso de la embarazada que se debe incrementar con el curso de la gestación.
  - Adecuada cuando:
    - la bajo peso gana de (12.5 - 18.0) kg.
      - ❖ la normo peso gana de (11.5 - 16.0) kg.
      - ❖ la sobre peso gana de (7.0-11.5) kg.
      - ❖ la obesa gana 6.0 kg.
  - Insuficiente cuando:
    - la bajo peso gana menos de 12.5 kg.
      - ❖ la normo peso gana menos de 11.5 kg.
      - ❖ la sobre peso gana menos de 7.0 kg.
      - la obesa gana menos de 6.0 kg.
  - Exagerada cuando:
    - la bajo peso gana más de 18.0 kg.
      - ❖ la normo peso gana más de 16.0 kg.
      - ❖ la sobre peso gana más de 11.5 kg.
      - ❖ la obesa gana más de 6.0 kg.

La importancia que la embarazada adolescente embarazada consuma una alimentación balanceada para mantener un buen estado nutricional, se debe a que no han terminado de crecer o desarrollo de los cambios biológicos, y existe una competencia entre el crecimiento de la madre y el niño. Las menores de 17 años necesitan aumentar 16 Kg., las mayores de 17 años deben aumentar 10 Kg.; en las adolescentes embarazadas es frecuente el déficit de hierro, calcio,

vitamina C, tiamina, riboflóbina y proteínas. Las adolescentes embarazadas presentan un gran riesgo para la madre y el niño debido a las dificultades nutricionales, problemas emocionales, relaciones sociales; se presenta más en las familias de bajos recursos económicos. La composición del calostro y de la leche materna también está relacionada con la edad y los factores socioeconómicos.(20)

### **3.4.5. GRÁFICA DE INCREMENTO DE PESO PARA MUJERES EMBARAZADAS.**

La gráfica de incremento de peso para embarazadas es un instrumento mediante el cual el personal de salud puede evaluar la situación nutricional (peso/talla) en cada control prenatal; consta de:

- Un nomograma que permite realizar el cálculo del porcentaje de peso/talla en base al peso y talla de la mujer.(8)
- Una gráfica de incremento de peso, donde se proyecta el porcentaje hallado en el nomograma.

#### **Instrucciones para su uso**

Para comparar los datos de la madre con la curva de normalidad se necesita seguir dos pasos:

**Primero:** calcular el porcentaje de peso para talla que tiene la mujer en el momento de la consulta. Para esto se utiliza el *Nomograma*. En la primera columna se encuentran las *Tallas* (cm); en la segunda los *Pesos* (kg) y en la tercera (inclinada) los porcentajes de peso para talla.(8)

Este valor no tiene significado por sí mismo hasta que no se compara con la tercera observación, esto es la edad gestacional.(5)

**Gráfico 2.-**

### GRÁFICO DE INCREMENTO DE PESO PARA EMBARAZADAS

**Nomograma para la clasificación de la Relación Peso/Talla de la mujer (%).**

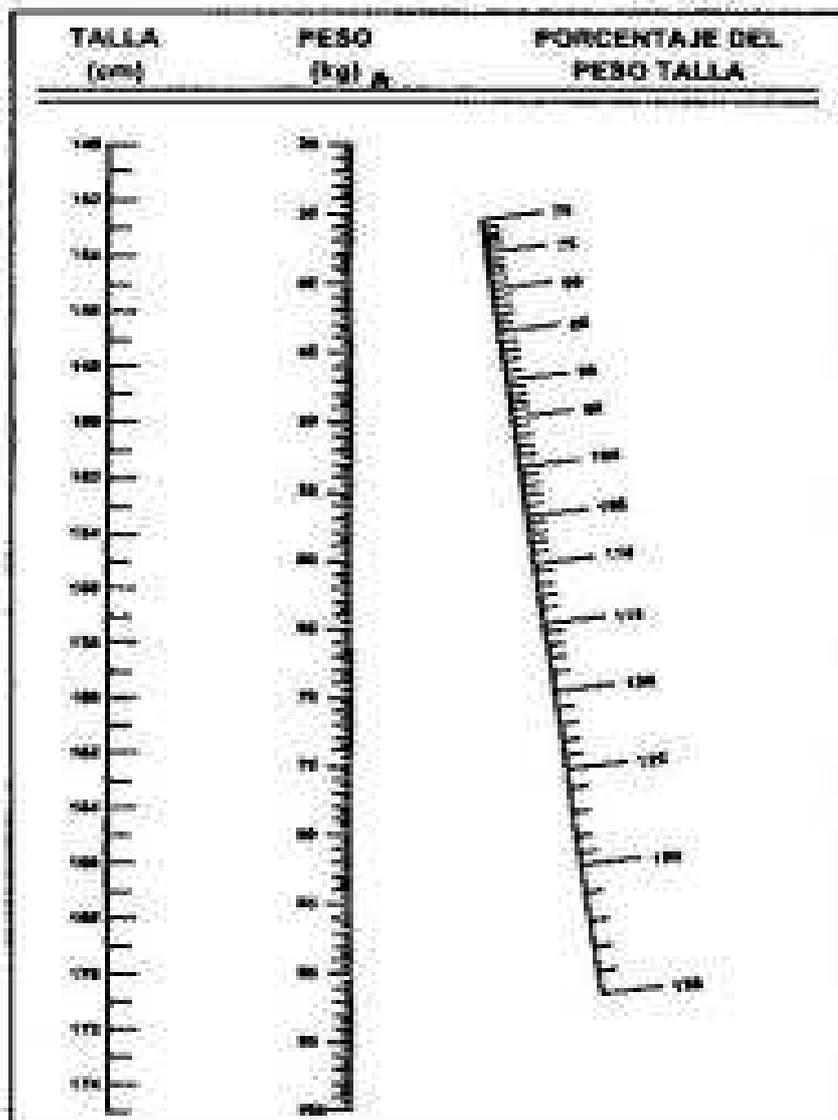
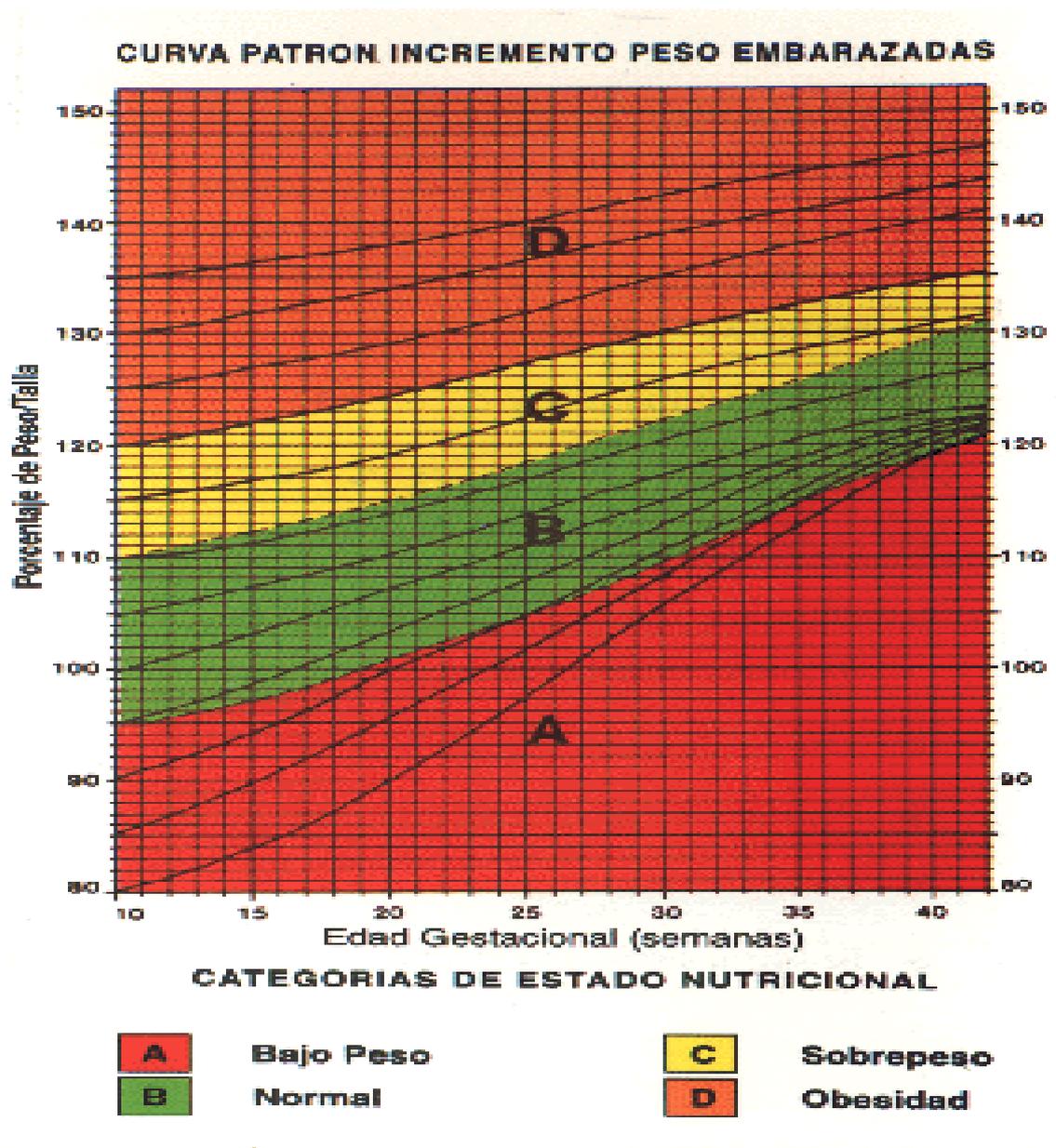


Gráfico 3.-



**Segundo:** Comparación con la gráfica de incremento de peso para embarazadas. La gráfica tiene un “marco” con valores. En la parte inferior se encuentra la *Edad Gestacional*, está expresada en semanas y va desde la semana 10 hasta la semana 42. Cada raya representa 1 semana.(8)

En el marco derecho se representan los porcentajes de *Peso/Talla* (son los valores obtenidos en el paso anterior). Cada raya separa 2% de peso/talla.

La parte interior de la curva tiene un cuadrículado como fondo, sobre el que están trazadas curvas ascendentes que limitan distintas áreas.

#### **3.4.6.Categorías de estado nutricional**

Las curvas señalan áreas que indican distintas categorías de estado nutricional.

**Bajo peso:** comprende el área “A” inferior de la curva.

**Normal:** comprende el área “B” de la gráfica.

**Sobrepeso:** comprende el área “C”.

**Obesidad:** comprende el área “D” superior de la curva. Como se representa en la gráfica.

Cuando el peso/talla materno se ubica justo sobre una línea divisoria de categoría de peso, la madre se clasifica en la categoría inmediatamente inferior.(5)(8)

#### **3.5.HISTORIA REPRODUCTIVA**

**Paridad.-** el número de gestaciones previas es un factor de riesgo para presentar parto pretérmino. Las gestantes nulíparas tienen mayor riesgo, pero

las gestantes con un número de partos igual o superior a tres también tienen aumentado el riesgo de prematuridad.

Según Base de datos del Departamento de Ginecología y Obstetricia, H.U.S.V.P. se pudo identificar en base en la gravidez de pacientes de este centro de Salud, que el 72,9% de las adolescentes eran primigestantes y un 25% de ellas tenía embarazos repetidos, haciendo que sea un factor de riesgo para el apareamiento de A.P.P., en éstas pacientes.

**Abortos previos.-** la historia previa de abortos se ha asociado a una mayor tasa de partos pretérmino.

**Partos pretérmino.-** Muchos autores han observado que la historia previa en una gestante de partos pretérmino es un factor de riesgo importante para que se produzca nuevamente este hecho.(29)

### **3.6. Enfermedades maternas y fetales**

Algunas enfermedades maternas y fetales pueden hacer adecuado indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal. Algunos cambios en las prácticas y cuidados perinatales, han supuesto en los últimos años un incremento de gestaciones por parte de madres con patologías, a las que anteriormente se les desaconsejaba el embarazo (diabetes, cardiopatías, infección por VIH, etc.). Este aspecto puede estar influyendo también en el incremento de prematuros inducidos médicamente.(25)(23)

Hay evidencia de que la infección es una causa importante por lo que se puede producir parto pretérmino. Se ha mostrado que la flora del tracto genital anormal en la forma de la vaginosis bacteriana o en la detección de vaginosis bacteriana relacionada con organismos tales como anaerobios, *Mycoplasma hominis* o *Gardnerella Vaginalis*, es asociada con parto pretérmino.(15).

En el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello, Estado Carabobo, se realizó un estudio identificando cuáles son las enfermedades más prevalentes en adolescentes embarazadas con APP. Y se pudo destacar que la anemia constituyó el 53,60% de las enfermedades que más aqueja en este medio, las infecciones 17.80%, preeclampsia el 6%, como cuarta causa de APP.

### **3.7.Gestación múltiple y prematuridad.**

En la última década, el número de gestaciones múltiples se ha visto incrementado en los países desarrollados. Así, mientras la prematuridad entre las gestaciones únicas se ha incrementado en un 61,0%, las gestaciones gemelares han experimentado un crecimiento del 168,4%, siendo para las gestaciones múltiples de orden superior, de un 615,8%. (4)

### **3.8Sexo del feto.**

Algunos autores han señalado una mayor prevalencia de varones entre los prematuros, acentuándose dicha asociación entre los nacimientos prematuros espontáneos.(1).

### **3.9. Factores medioambientales**

Se engloban aquellos factores del entorno de los que se ha observado una asociación con la prematuridad. Estos factores pueden ser muchos y muy diversos.

### **3.10. Las diferencias sociales.**

Es uno de los tradicionalmente más estudiados. Diversos estudios coinciden en señalar su asociación con la prematuridad, aunque, concluyen que una situación social desfavorecida puede proovocar respuestas hormonales y comportamientos poco saludables, así como un mal cuidado del embarazo ( Dicho conjunto de circunstancias facilitaría el desencadenamiento en un parto pretérmino. Estos autores, una vez controlados los factores confusores, encontraron que las mujeres con un nivel socioeconómico desfavorecido tenían el doble de riesgo de prematuridad.(1,2)

#### **3.10.1 La contaminación ambiental**

Niveles excesivos de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono en el ambiente, se han asociado recientemente con la prematuridad, así como otros resultados adversos de la gestación. Algunos autores han estimado que el riesgo de prematuridad se incrementaba en un 25% para aquellas gestantes expuestas a un incremento de  $10\mu\text{g}/\text{m}^3$  de dióxido de nitrógeno, durante el primer trimestre de la gestación.(2)

### **3.11. Condiciones de trabajo.**

Este es otro factor asociado a la prematuridad. Diversos autores han encontrado asociación entre los trabajos que requieren esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos, etc.. No debe olvidarse que las condiciones laborales, y las posibilidades de mejorarlas, están muy asociadas al nivel socioeconómico de las personas.

Es decir el empleo no parece tener relación con la tasa de prematuridad si se lo analiza como factor independiente, aunque algunos autores lo describieron un aumento de partos pretérmino en trabajos estresantes especialmente los físicos.(2)

De la misma manera, diversos autores han encontrado asociación entre la experimentación materna de racismo y/o violencia y la prematuridad. No obstante, este tipo de vivencias son factores estresantes que pueden poner en marcha otro tipo de factores (psicológicos, comportamentales, etc.) que pueden precipitar una interrupción prematura de la gestación.(4)

### **3.12. Estilos de vida**

Algunos aspectos de la propia conducta de las gestantes han sido también objeto de estudio en relación a la prematuridad.(4)

**3.12.1. El consumo de sustancias tóxicas.-** durante la gestación, es uno de los aspectos más relacionados a la prematuridad. El tóxico de consumo más extendido es el tabaco, que multiplica por 2 el riesgo relativo de partos

prematuros, tal como se ha demostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que se observa una gran prevalencia de mujeres fumadoras.

En España, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2008, la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres no deja de incrementarse siendo del 27,2% en aquellas mujeres mayores de 15 años y superior al 40% en aquellas mujeres de entre 16 y 44 años. Actualmente en España entre un 50-65% de las mujeres embarazadas fuman. Para las mujeres que han dejado de fumar durante el primer trimestre el riesgo relativo (RR) de prematuridad es de 1,6. Para aquellas mujeres que han dejado de fumar antes de la concepción el RR es muy similar a aquellas mujeres que nunca han fumado. Así, el riesgo entre tabaco y prematuridad está en relación directa con el número de cigarrillos durante la gestación y no tanto con el tabaquismo anterior(6). De hecho, el embarazo supone un momento de especial motivación, por parte de las gestantes, para dejar de fumar. Aproximadamente un 20% de las mujeres embarazadas abandonan espontáneamente el tabaquismo antes de cualquier contacto con los servicios sanitarios(7). Por ello, sería muy importante por parte de los profesionales sanitarios incrementar esta tasa de cesación y mantenerla tras el parto. Eso tendría repercusiones positivas en la prematuridad dada la alta prevalencia de consumo de tabaco entre las mujeres en edad fértil de nuestro país.

### **3.13.EFECTO ECONÓMICO DEL PARTO PRETÉRMINO**

Los recién nacidos extremadamente prematuros requieren la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo

durante periodos largos. Además, se espera que los costos continúen elevándose debido a la disponibilidad de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. En Estados Unidos los costos anuales por los nacimientos prematuros representan 57% del costo total por atención neonatal y 35% del costo total por atención médica a todos los niños. Sobre la base de estimaciones recientes, la carga económica social anual asociada con el parto prematuro en Estados Unidos excedió los 26,200 millones de dólares, lo que representa 51,600 dólares por prematuro nacido en el año 2005. Del total, el costo de los servicios médicos ascendió a 16,900 millones de dólares (33,200 dólares por niño); los costos por la atención materna fueron de 1,900 millones de dólares (3,800 dólares por niño) y los servicios de intervención o estimulación temprana tuvieron un costo estimado en 611 millones de dólares (1,200 dólares por niño).(27)

Los servicios de educación especial relacionados con la parálisis cerebral, el retraso mental y las deficiencias visuales y auditivas de los infantes prematuros añadieron 1,100 millones de dólares (2,237 por niño). Además, para el tratamiento del trabajo de parto prematuro los costos de atención excedieron los 800 millones de dólares.

Los costos neonatales son inversamente proporcionales al peso al nacimiento y la edad gestacional. En los recién nacidos con peso entre 500 y 1,500 g y estancia hospitalaria de 23 días, los costos ascendieron a 322,000 pesos; para quienes pesaron entre 1,500 y 2,000 g con 12 días de hospitalización, el costo promedio fue de 72,000 pesos; mientras que fue de 2,500 pesos en los neonatos con peso entre 2,000 y 3,500 g y 2 días de hospitalización.(28)

## **4. COMPLICACIONES**

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

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

- Anomalías placentarias- anomalías morfológicas como placenta marginata, placenta circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical se asocian frecuentemente a trabajo de parto pretérmino, placenta previa.(6)(29)

**4.1. Hipertensión inducida por el embarazo.-** Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años. (29)

**4.2. Anemia.** Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas.(16)

**4.3. Infecciones urinarias.** Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar tazas verdaderamente grandes.(14) (19)

**4.4. Crecimiento intrauterino retardado.** Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño. (31)

**4.5. Presentaciones fetales distócicas.** Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes.(13)(11)

**4.6 Desproporciones céfalo-pélvicas.** Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

- **Tipo de parto.** En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea.(15) (16)
- **Alumbramiento.** Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres

entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

**4.1.1. Otras complicaciones.** La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes. (17)

**Cirugía materna abdominal.-** En el segundo trimestre puede causar incremento en la actividad uterina que puede culminar en parto pretérmino.(11).

#### **4.1.1.1 RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE**

- **A. – PESO.** No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de recién nacidos con menos de 2500 gramos. (18)
- **B. – INTERNACIÓN EN NEONATOLOGÍA.** Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes, se puede presentar defectos del tubo neural y los errores innatos del metabolismo como la hiperalaninemia, son algunos de los defectos congénitos que se asocian a trabajo de parto pretérmino. (2,7)

- **C. – MALFORMACIONES.** Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida. (2)
- **D. – MORTALIDAD PERINATAL.** Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

## **5. PRONOSTICO:**

**A. – MATERNO.** Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.(26)

**B. – FETAL.** Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

## **IV.- METODOLOGÍA**

### **A.- LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN**

- Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el año 2008.

### **B.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### 1.- Tipo de estudio

- El presente estudio es descriptivo, retrospectivo y transversal.

### **C.- POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO**

Pacientes adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el año 2008.

### **D.- DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS:**

Se realizó un estudio retrospectivo tomando como base de datos los expedientes clínicos procedentes del archivo estadístico del Hospital provincial General Docente Riobamba de la Provincia de Chimborazo, en donde se

incluyó todas las pacientes ingresadas al Servicio de Ginecología y Obstetricia que fueron atendidas durante el tiempo transcurrido del año 2008, tomando en consideración Edad de adolescencia según la clasificación de la OMS, edad gestacional, talla, peso, control prenatal, paridad, intervalo intergestacional, enfermedades maternas y fetales, antecedentes obstétricos, sexo del recién nacido y el factor socio económico. Estos datos se tabularon con la ayuda del programa informático Microsoft Office Excel 2007, y se presentan a manera de cuadros y pasteles estadísticos con su respectiva identificación e interpretación de los mismos.

**Recursos Humanos.-** tutores, investigador y profesionales que se necesiten en el transcurso de la investigación.

## **V.- VARIABLES**

### **5.1.- Identificación.-**

- Edad de la adolescente
- Edad gestacional
- Talla materna
- Peso materno
- Paridad
- Intervalo intergestacional
- Enfermedades maternas
- Enfermedades fetales

- Control prenatal
- Factor socioeconómico
- Sexo del recién nacido

## 5.2.- Definición.-

- *Edad.*- Cada uno de los períodos de la vida humana
- *Adolescencia.*- Período de la vida de una persona, desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo: *La adolescencia es una edad difícil caracterizada por fuertes cambios biológicos y psicológicos.*
- *Edad gestacional.*- Tiempo de existencia desde el nacimiento. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.
- *Talla materna.*- Altura, medida de la madre desde los pies a la cabeza.
- *Peso.*- Fuerza con que atrae la Tierra o cualquier otro cuerpo celeste a un cuerpo. Cantidad que por ley o convenio debe pesar una cosa.
- *Paridad.*- determinación del número de hijos que tiene una mujer.
- *Intervalo intergestacional.*- el tiempo transcurrido entre una gesta y otra en una mujer con vida sexual activa.
- *Enfermedades maternas.*- En una mujer gestante, alteración de su buena salud. Lo que daña o altera el estado o el buen

funcionamiento de algo: *Esa afición desmedida al juego es una enfermedad en él.*

- *Enfermedades fetales.*- alteración en la fisiología, anatomía del feto dentro del vientre de la madre.
- *Control prenatal.*- Supervisión o verificación de lo realizado por otros. Que existe o se produce antes del nacimiento.
- *Factor socioeconómico.*- Elemento, condicionante que contribuye a lograr un resultado Dentro de la sociedad y de la economía a la vez.
- *Sexo del Recién Nacido.*- Condición orgánica de los seres vivos por la que se distingue el macho de la hembra, en el recién nacido.

## VI. OPERACIONALIZACIÓN:

VARIABLES	CATEGORÍAS	INDICADOR
EDAD DE LA PACIENTE	10-13 14-16 17-19	Porcentaje
EDAD GESTACIONAL	20-27SDG      prematurez extrema 28-31SDG      prematurez severa 32-34SDG      prematurez moderada. 34-36SDG      prematurez leve	Porcentaje
PORCENTAJE PESO/TALLA SISVAN	Normal Bajo Peso Sobrepeso Obesidad	Porcentaje

<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>INDICADOR</b>
PARIDAD	Número de gestas	Cantidad
INTERVALO INTERGESTACIONAL	<18 meses › 18 meses	Cantidad
ENFERMEDADES MATERNAS	Diabetes Preeclampsia Eclampsia Hipertensión Gravídica	Porcentaje
ENFERMEDADES FETALES	Sufrimiento Fetal Agudo	Porcentaje
CONTROL PRENATAL	≤5 5-12 ≥12	Porcentaje

<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>INDICADOR</b>
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	Cirugía pélvica Asma Infecciones Urinarias Diabetes	Porcentaje

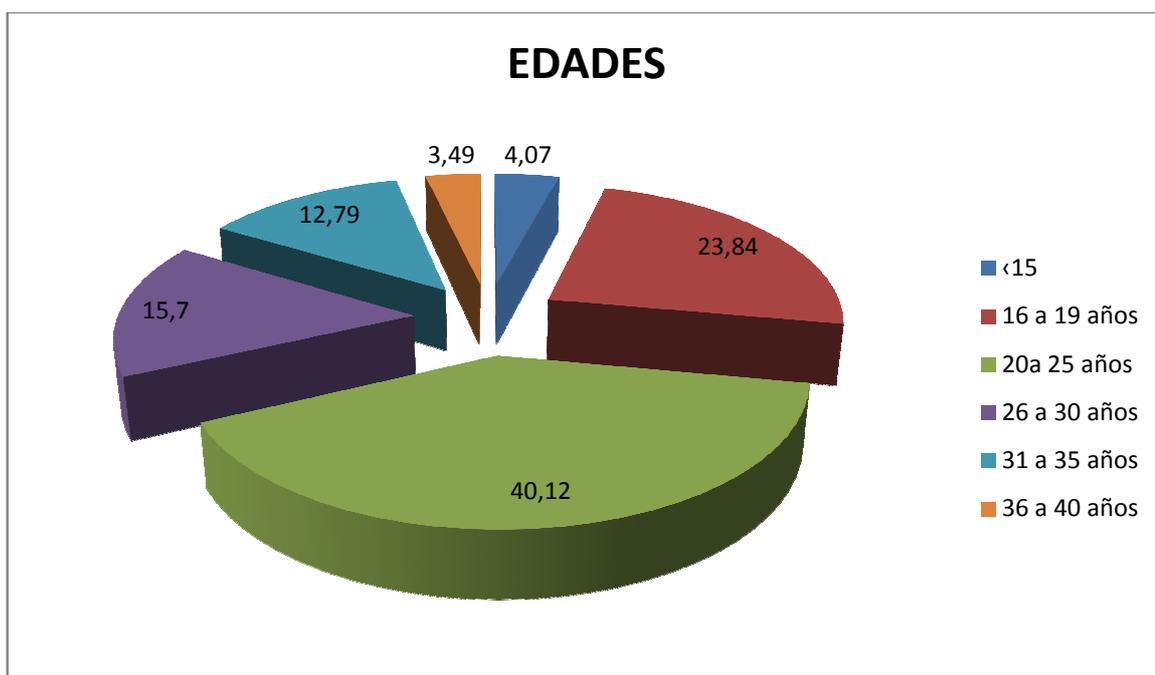
	Cardiopatías	
SEXO DEL RECIÉN NACIDO	Masculino Femenino	Cantidad Porcentaje
FACTOR SOCIOECONÓMICO	Malo Regular Bueno	Porcentaje

## **VII.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **A) ESTABLECIMIENTO DEL NÚMERO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.**

**Cuadro1.-** Distribución de pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el HPGDR en el año 2008, según su edad.

<b>EDADES</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>&lt;15</b>	<b>7</b>	<b>4,07</b>
<b>16 a 19 años</b>	<b>41</b>	<b>23,84</b>
<b>20a 25 años</b>	<b>69</b>	<b>40,12</b>
<b>26 a 30 años</b>	<b>27</b>	<b>15,70</b>
<b>31 a 35 años</b>	<b>22</b>	<b>12,79</b>
<b>36 a 40 años</b>	<b>6</b>	<b>3,49</b>
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>	<b>100,00</b>



Fuente: Trabajo de investigación de ESPOCH 2008.

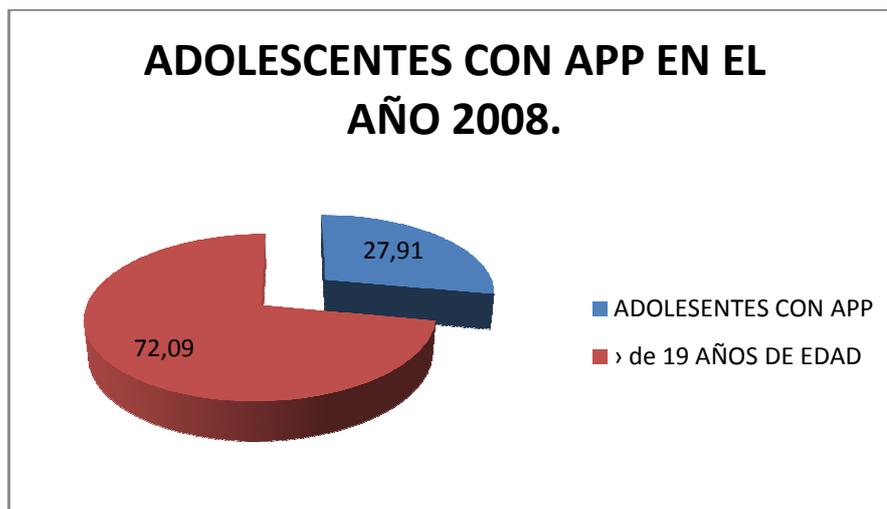
**GRÁFICO 4. Porcentaje de pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el HPGDR en el año 2008, según su edad.**

## **ANALISIS E INTERPRETACIÓN:**

En lo referido a la edad de todas las pacientes que fueron atendidas en el HPGDR. Se desprende que hay una incidencia elevada de amenaza de parto pretérmino en edades de 20 a 25 años con el 40.12%, pero también nos demuestra un elevado porcentaje en el grupo de 16 a 20 años con 23.84%. Si consideramos un 4.07% en menores de 15 años, podemos destacar que el embarazo de la adolescencia representa 27.91% del total de embarazos con APP atendidas y segunda causa de APP según la edad, considerada a esta como factor de riesgo determinante.

**Cuadro 2.- Porcentaje de pacientes adolescentes diagnosticadas con Amenaza de Parto Pretérmino en el HPGDR en el año 2008.**

PACIENTES CON APP EN EL 2008	NÚMERO DE PACIENTES	%
ADOLESCENTES CON APP	48	27,91
> DE 19 AÑOS	124	72,09
TOTAL	172	100,00



**Fuente:** Trabajo de investigación de ESPOCH  
Historias Clínicas del HPGDR

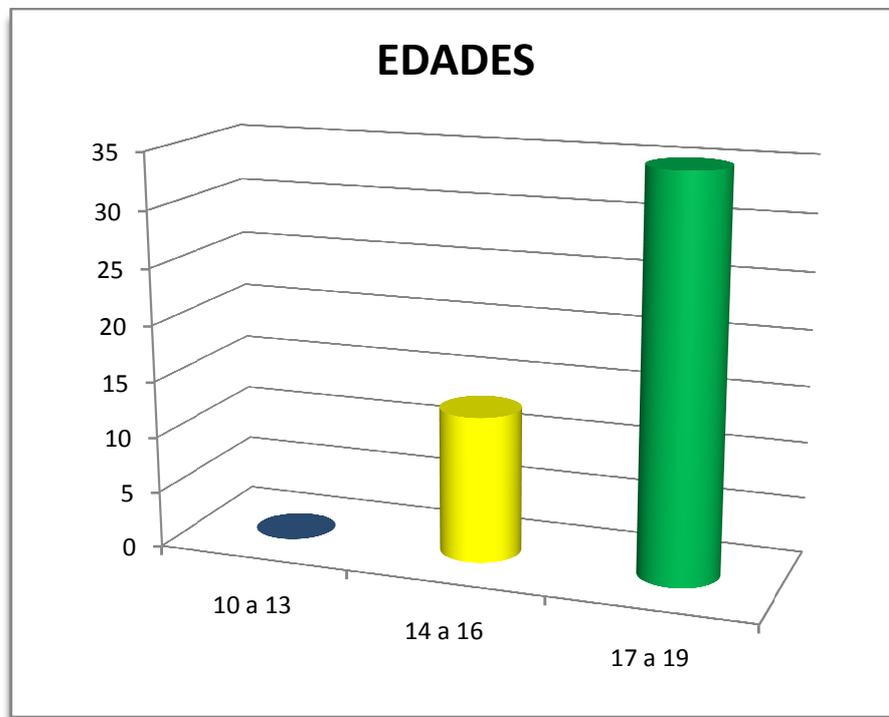
**Gráfico5.- Porcentaje de pacientes adolescentes diagnosticadas con Amenaza de Parto Pretérmino en el HPGDR en el año 2008.**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Dentro del estudio se identificó con el 72.09% de pacientes con diagnóstico de APP que son > de 19 años, correlacionándose con pacientes adolescentes con un 27.91%, porcentaje importante de manera epidemiológica constituyendo dentro de ésta a una de las principales causas de APP que se da en nuestro medio.

**Cuadro3.- Pacientes adolescentes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en el HPGDR. (Según su edad)**

RANGO	NÚMERO DE PACIENTES	%
10 – 13	0	0
14 - 16	13	27.08
17 -19	35	72.92
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100</b>



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

**GRÁFICO 6. Pacientes adolescentes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino del HPGDR en el año 2008. (Según su edad).**

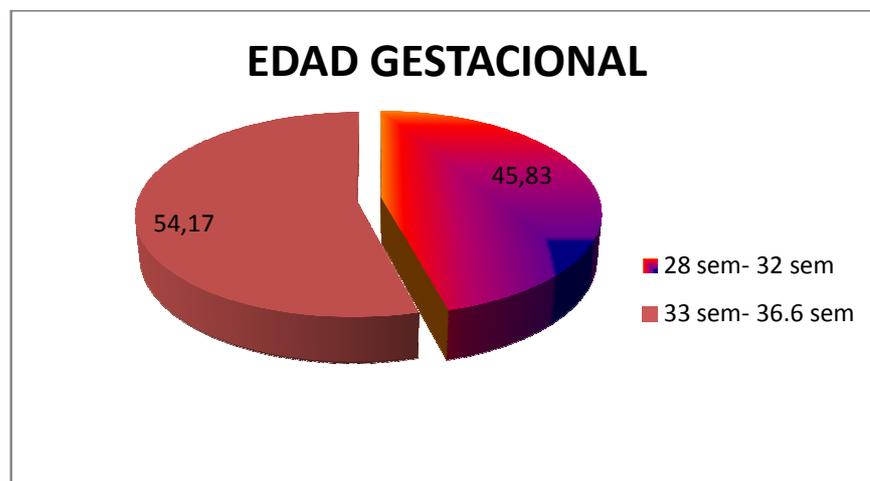
## **ANÁLISIS E INTERPRETACION:**

Una vez evaluadas las historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del HPGDR, se pudo clasificar según la etapa de adolescencia que cursaban las pacientes, obteniendo los siguientes resultados: un total de 48 pacientes en el año establecido que equivaldría al 100%; de los cuales se presentó el 27.08% en la adolescencia media, es decir de 14 a 16 años de edad y el 72.92% en la adolescencia tardía que va desde los 17 a 19 años de edad. Por lo que cabe destacar que en la adolescencia tardía es donde se producen el mayor número de casos de amenaza de parto pretérmino.

## B) CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO, SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL.

Cuadro4.- Clasificación de pacientes según su edad gestacional.

EDAD GESTACIONAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
28 sem- 32 sem	22	45,83
33 sem- 36.6 sem	25	54,17
TOTAL	48	100



Fuente historias clínicas del HPGDR.

Gráfico 7.- Clasificación de las pacientes, según su edad gestacional.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

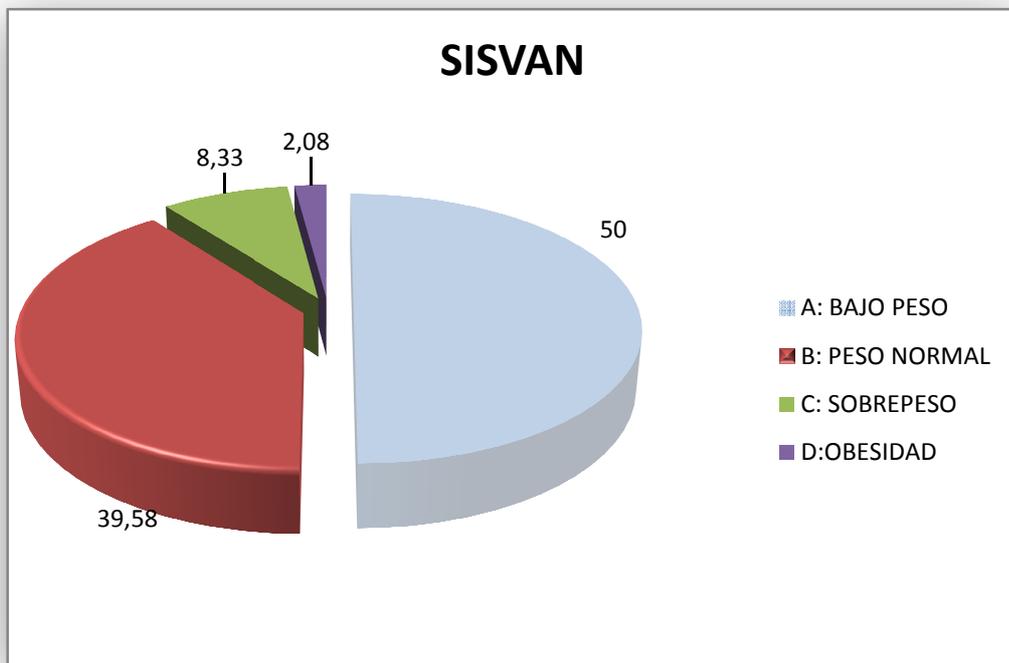
En relación a la edad gestacional de las pacientes se puede observar que entre las 33 a 36.6 semanas de gestación existe un 54.17% y entre la semana 28 a 32 hay 45.83%. Por lo que se evidencia que el mayor porcentaje de amenaza de parto pretérmino se establece en la edad de prematuros moderados.

Contrario a nuestro estudio, en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), entre Junio y Septiembre de 1995. El 60% de la muestra estuvo constituido por prematuros leves (35 ó 36 semanas); el 25,7% prematuros moderados y el 13,7% prematuros graves o extremos (28semanas o menos).

**C) PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE RIOBAMBA ATENDIDAS EN GINECOLOGÍA CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

**Cuadro 5.- Análisis de nutrición de las madres adolescentes según normograma de valoración del SISVAN en el embarazo.**

RELACION PORCENTAJE PESO/TALLA SISVAN	NUMERO DE PACIENTES	%
A: BAJO PESO	24	50,00
B: PESO NORMAL	19	39,58
C: SOBREPESO	4	8,33
D:OBESIDAD	1	2,08
TOTAL	48	100



Fuente: publicaciones Nutrición Materna y Embarazo

**Gráfico 8.- Análisis de nutrición de las madres adolescentes según normograma de valoración del SISVAN en el embarazo**

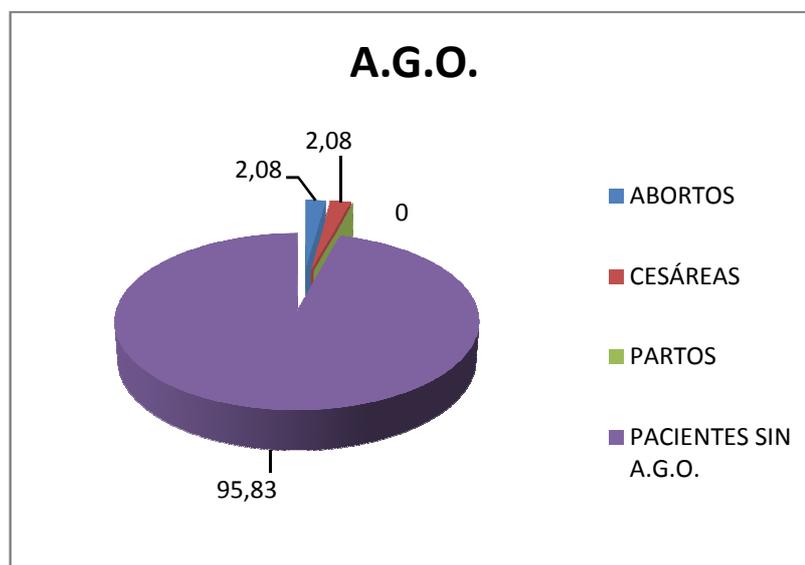
## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Analizando y relacionando la talla, peso y edad gestacional según el cálculo de valoración normográfica del SISVAN, se identifica como población de riesgo predominante al Grupo A (BAJO PESO) con el 50%, al Grupo B (NORMAL) con el 39.58%, el Grupo C (SOBREPESO) con 8.33% y el Grupo D (OBESIDAD) con 2.08%. Se demuestra que del grupo de pacientes analizadas en el estudio, el Bajo Peso materno es un factor de riesgo obstétrico asociado a la APP y su cálculo constituye un parámetro de sensibilidad alto en dicha relación de riesgo.

Según un estudio realizado en el Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial, se determino que el 59.8% de gestantes adolescentes que presentaron amenaza de parto pretérmino cursaban con Bajo peso en el momento de control, todo esto reafirma que constituye un parámetro de riesgo muy importante para el apareamiento de esta patología y que puede dar consecuencia para algunas patologías fetales.

**Cuadro 6.- Antecedentes gineco-obstétrico de pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino.**

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	NÚMERO DE PACIENTES	%
ABORTOS	1	2,08
CESÁREAS	1	2,08
PARTOS	0	0,00
PACIENTES SIN A.G.O.	46	95,83
TOTAL	48	100



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

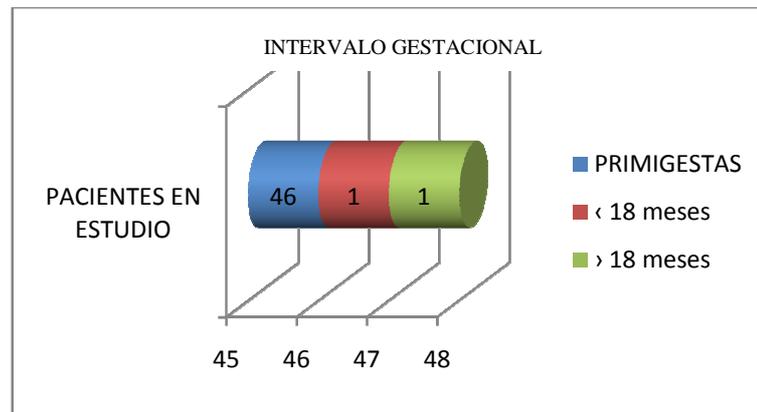
**Gráfico 9.- Antecedentes gineco-obstétrico de pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Según el estudio presente se identifico dos pacientes con antecedente de gestación previa: una de las cuales su embarazo terminó en una cesárea, representándose en la gráfica con 2.08%, y la otra gesta terminó en aborto, representando con 2.08%, dentro de un total de 48 casos el 95.83% está representando a pacientes primigestas..

**Cuadro 7.- Intervalo gestacional de pacientes con amenaza de parto pretérmino.**

INTERVALO GESTACIONAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
< 18 meses	1	2,08
> 18 meses	1	2,08
PRIMIGESTAS	46	95,83
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100</b>



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

**Gráfico 10.- Intervalo gestacional de pacientes con amenaza de parto pretérmino.**

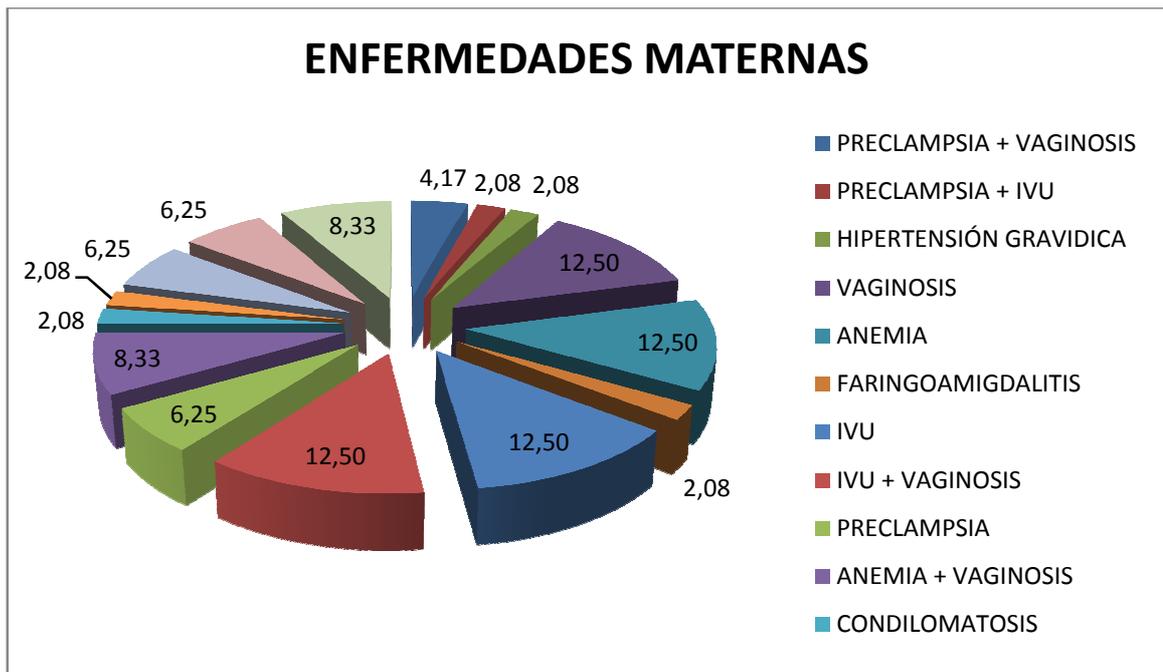
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Mediante este estudio se conoce, que de los 48 casos de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, dos tuvieron gestas antes de presentar la amenaza de parto pretérmino, de las cuales una paciente fue con un intervalo gestacional de un año y la otra paciente con intervalo gestacional de 2 años, representándose cada una con 2.08%.

**D) ANÁLISIS GENERAL DE PATOLOGÍAS PRESENTES EN LAS PACIENTES INTEGRANTES DEL ESTUDIO**

**Cuadro 8.-** Enfermedades maternas presentes en las pacientes atendidas en el HPGDR con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino

<b>ENFERMEDADES MATERNAS</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>PRECLAMPSIA + VAGINOSIS</b>	<b>2</b>	<b>4,17</b>
<b>PRECLAMPSIA + IVU</b>	<b>1</b>	<b>2,08</b>
<b>HIPERTENSIÓN GRAVIDICA</b>	<b>1</b>	<b>2,08</b>
<b>VAGINOSIS</b>	<b>6</b>	<b>12,50</b>
<b>ANEMIA</b>	<b>6</b>	<b>12,50</b>
<b>FARINGOAMIGDALITIS</b>	<b>1</b>	<b>2,08</b>
<b>IVU</b>	<b>6</b>	<b>12,50</b>
<b>IVU + VAGINOSIS</b>	<b>6</b>	<b>12,50</b>
<b>PRECLAMPSIA</b>	<b>3</b>	<b>6,25</b>
<b>ANEMIA + VAGINOSIS</b>	<b>4</b>	<b>8,33</b>
<b>CONDILOMATOSIS</b>	<b>1</b>	<b>2,08</b>
<b>VAGINOSIS + DIABETES</b>	<b>1</b>	<b>2,08</b>
<b>ANEMIA + IVU</b>	<b>3</b>	<b>6,25</b>
<b>IVU + VAGINOSIS + ANEMIA</b>	<b>3</b>	<b>6,25</b>
<b>SIN PATOLOGÍA</b>	<b>4</b>	<b>8,33</b>
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100,00</b>



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

**Gráfico 11.- Enfermedades maternas presentes en las pacientes atendidas en el HPGDR. con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino**

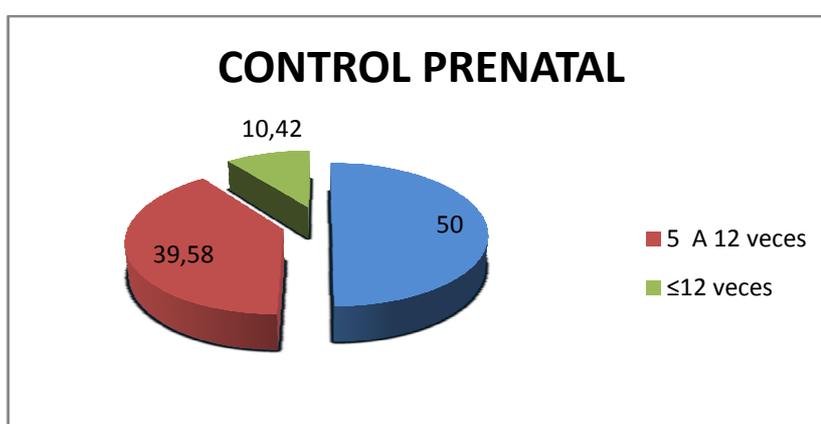
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Con el fin de reconocer cuales son las enfermedades que presentan mayor frecuencia de morbilidad en las adolescentes con APP se ha clasificado según su frecuencia de asociación y del diagnóstico definitivo que se muestra e identifica en el estudio de las historias clínicas del HPGDR. Así tenemos que resulta claro identificar patologías cuyo mayor porcentaje están asociadas a la APP y que en la muestra de estudio se reconocería como causas de morbilidad de la APP en la adolescencia a la vaginosis bacteriana, las infecciones de vías urinarias y anemia con 12.5% de forma independiente, pero cabe recalcar que cada una de éstas además se encuentran acompañando a

otras patologías que aumentan más aun su porcentaje como; Anemia +vaginosis bacteriana con 8.33%, IVU + vaginosis bacteriana + anemia 6.25%, Preeclampsia + vaginosis 4.17%, dentro de las más importantes. Demostrándonos de ésta manera que estas patologías son una fuente importante para el apareamiento de APP.

**Cuadro 9.- Porcentaje del control prenatal en mujeres adolescentes con amenaza de parto pretérmino en el HPGDR.**

CONTROL PRENATAL ( NORMA DEL MSP)	NÚMERO DE PACIENTES	%
› A 5 CONTROLES	24	50,00
5 A 12 CONTROLES	19	39,58
›12 CONTROLES	5	10,42
TOTAL	48	100



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

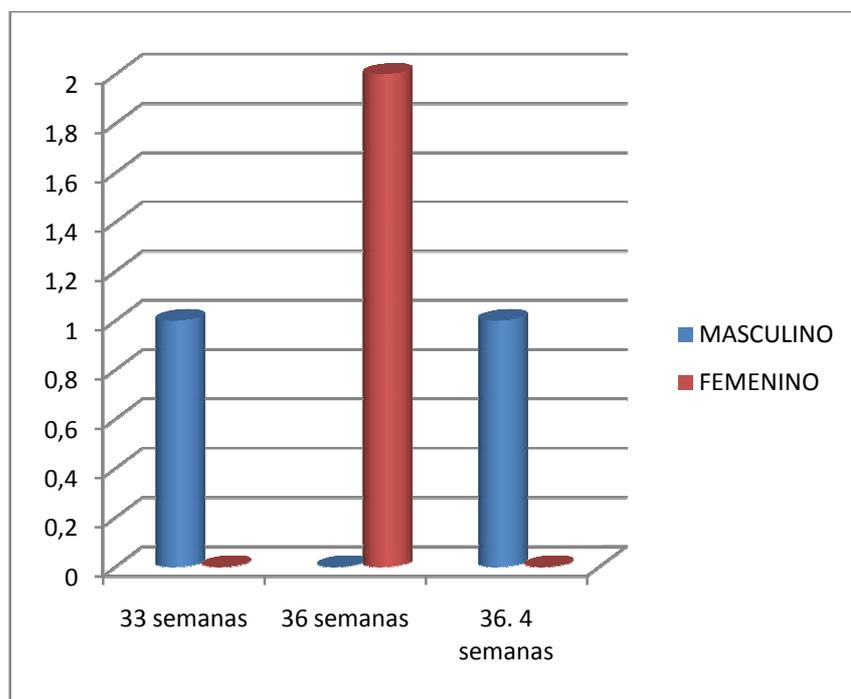
**Gráfico 12.- Porcentaje del control prenatal en mujeres adolescentes con amenaza de parto pretérmino en el HPGDR.**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El resultado del análisis con respecto a los controles prenatales según nuestro estudio, nos da a conocer que el 50% se controla menos de cinco veces, el 39.58% de 5 a 12 veces y 10.42% se controla más de doce veces, constituyendo así a que el inadecuado control prenatal de las madres adolescentes es otro factor de causalidad importante para el apareamiento de APP, tomando en cuenta también la calidad de atención que se da en estos controles.

**Cuadro 10.- Partos pretérmino y relación con el sexo del RN**

<b>SEMANAS DE GESTACIÓN</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
<b>33 semanas</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>36 semanas</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>36.4 semanas</b>	<b>1</b>	<b>0</b>



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

**Gráfico 13.- Partos pretérmino y relación con el sexo del RN.**

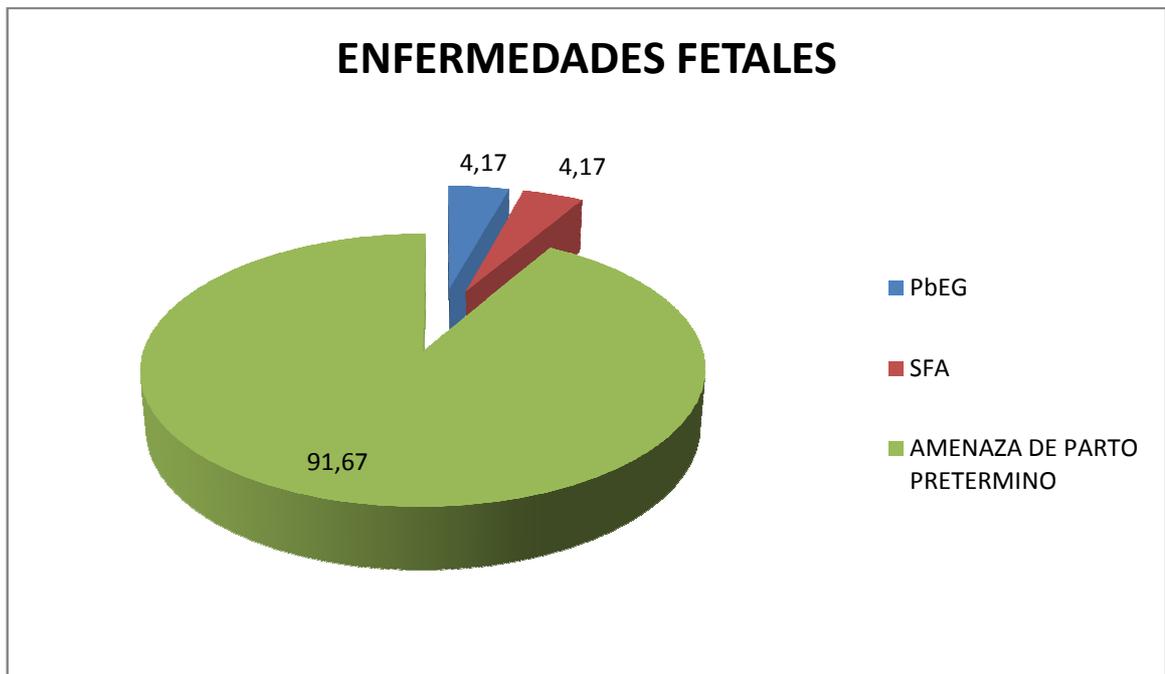
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Dentro del estudio de las 48 historias clínicas, fueron cuatro los casos que terminaron en parto pretérmino de los cuales se relacionó las semanas de

gestación con el sexo del RN, obteniéndose que a las 33 semanas de gestación y a través de una cesárea por motivo de una preeclampsia grave se obtuvo un RN de sexo masculino, a sabiendas que dentro de la APP los productos de éste sexo tienen a terminar con mayor prevalencia en parto pretérmino que los productos de sexo femenino, a las 36 semanas de gestación se obtiene 2 RN de sexo femenino por parto cefalovaginal y a las 36.4 semanas de gestación se obtiene un RN de sexo masculino de igual manera por parto cefalovaginal.

**Cuadro 11.- Enfermedades fetales presentadas en los RN de parto pretérmino en el grupo de estudio.**

MORBILIDAD PERINATAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
PESO BAJO PARA EDAD GESTACIONAL	2	4,17
SFA	2	4,17



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

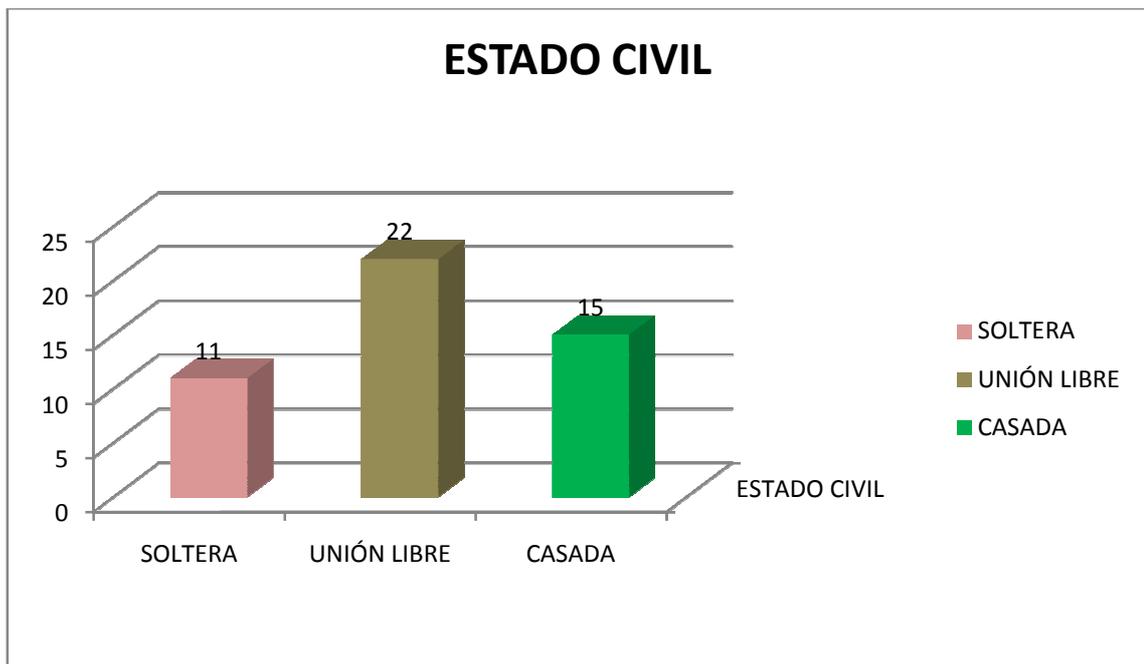
**Gráfico 14.- Enfermedades fetales presentadas en los RN de parto prematuro en el estudio**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De los 4 nacimientos que se dio dentro del análisis del presente estudio se encontró que el 4.17% de los RN se encontraban con Peso bajo para la edad gestacional (peso < a 2500g), de igual manera se encontró 4.17% con Sufrimiento Fetal Agudo a causa de aspiración de meconio, de un total de 48 casos que ingresaron con APP.

**Cuadro 12.- Estado civil de las pacientes con diagnostico de amenaza de parto pretérmino.**

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE PACIENTES	%
SOLTERA	11	22,92
CASADA	15	31,25
UNIÓN LIBRE	22	45,83
TOTAL	48	100



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

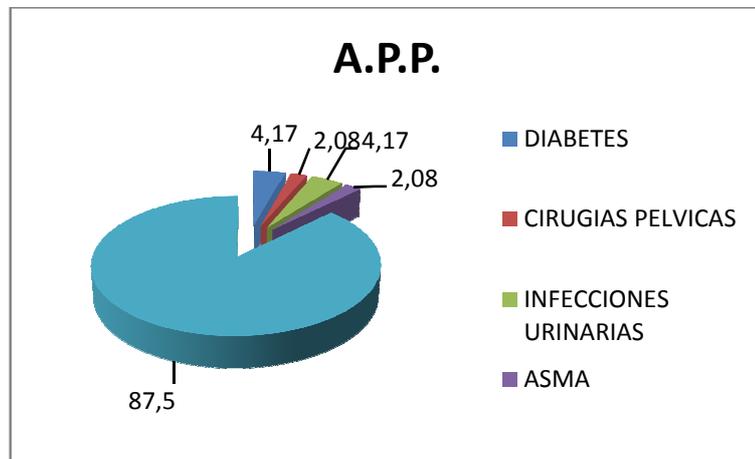
**Gráfico 15.- Estado civil de las pacientes con diagnostico de amenaza de parto pretérmino.**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El presente estudio dio a conocer que en las pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, hay un predominio en su estado civil de Unión libre con un 45.83 %, de mujeres solteras un 22.92% y de mujeres casadas 31.25%.

**Cuadro 13.- Antecedentes patológicos personales de las pacientes que ingresaron con APP.**

APP	NÚMERO DE PACIENTES	%
DIABETES	2	4,17
CIRUGIAS PELVICAS	1	2,08
INFECCIONES URINARIAS	2	4,17
ASMA	1	2,08
SIN ANTECEDENTES	42	87,50
TOTAL	48	100,00



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

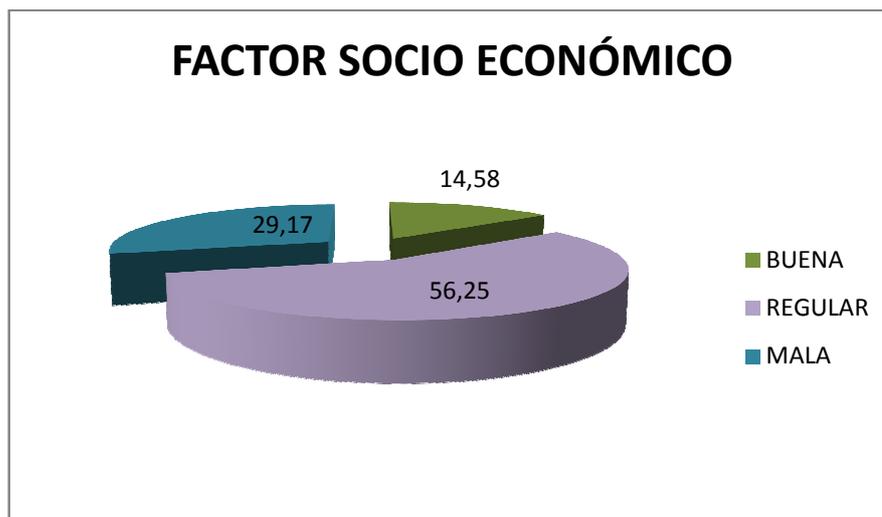
**Gráfico 16.- Antecedentes patológicos personales de las pacientes de nuestro estudio.**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Se encontró que dentro de los Antecedentes Patológicos personales de las pacientes que conforman el estudio el 4.17% padecía de diabetes, 2.08% con antecedente de tratamiento quirúrgico (apendicetomía), 4.17% de haber tenido infecciones urinarias antes de presentarse el embarazo, 2.08% de padecer Asma.

**Cuadro 14.- Factor socio- económico de las madres adolescentes.**

FACTOR SOCIO ECONÓMICO	NÚMERO DE PACIENTES	%
BUENO	7	14,58
REGULAR	27	56,25
MALO	14	29,17
TOTAL	48	100,00



Fuente: Historias Clínicas del HPGDR.

**Gráfico 17 .- Factor socio- económico de las madres adolescentes.**

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Al referirnos al factor socio económico se obtuvo a 27 pacientes es decir un 56.25% de madres adolescentes que se encuentran en un estado socio económico regular, el 29.17% en condiciones malas y a 7 pacientes en condiciones socioeconómicas de categoría buena con un 14.58%. Es decir que la condición socio económica baja que representa el 85,42% del grupo de estudio, es el factor de riesgo preponderante en la APP y para Pretérmino en el embarazo y adolescencia.

## **VIII- CONCLUSIONES:**

En el año 2008 se produjo 172 casos de APP de los cuales 48 pacientes son madres adolescentes. Se demuestra que existe una alta incidencia de esta patología especialmente en las mujeres en adolescencia tardía con 72.92%. Se estable además que el inadecuado control prenatal que ocurre en estas pacientes repercute en forma significativa con el alto grado de asociación mórbida de enfermedades potencialmente prevenibles y que entrañan riesgo demostrado para Amenaza de Parto Pretérmino.

Se identificó a la vaginosis bacteriana, IVU, anemia y los trastornos hipertensivos como las enfermedades maternas de mayor prevalencia en el estadio gestacional de adolescentes de nuestro medio y que el Bajo Peso materno representado en el 50% las pacientes estudiadas, constituyen los principales factores de riesgo para la aparición de APP. No se demostró la relación de riesgo atribuible al intervalo gestacional como factor de riesgo de APP en adolescentes embarazadas dado que el mayor grupo de mujeres en la población de estudio son primigestas.

La relación encontrada al factor socioeconómico bajo y regular que predomina significativamente con el 85.42%, deja claramente demostrado que en la APP y el Parto pretérmino; esta condición de riesgo marca una diferencia demostrable en el curso mismo de un embarazo normal y mayormente en grupos de población vulnerables como la adolescente embarazada, siendo este grupo el que se ve mayormente afectado dado la gran multifactorialidad

inmersa en la etiología del parto pretérmino y que ha sido analizada con las variables de riesgo general y de la conducta reproductiva que reconoce el uso del enfoque de riesgo en la atención de la salud reproductiva en las mujeres gestantes en etapa de la adolescencia.

## **IX.- RECOMENDACIONES:**

La mayor frecuencia de factores de riesgo demostrable en el embarazo que ocurre a temprana edad, debe permitir al equipo de salud tomar acciones de salud dirigidas fundamentalmente para la prevención de enfermedades asociadas y para el fomento y practica de conductas saludables que permitan un mejor manejo de la morbilidad asociada y un tratamiento oportuno.

Fomentar e incentivar al personal de salud que asiste a las madres adolescentes el uso adecuado de guías y normas de asistencia para el control prenatal adecuado y de calidad para la detección temprana de los Factores de Riesgo general y reproductivo, que como queda claro ha demostrado ser un instrumento de guía en la identificación de mujeres con riesgo relativo de presentar patología con riesgo obstétrico y perinatal elevado.

Siendo entonces, el enfoque de riesgo una medida del riesgo atribuible a una condición de morbilidad asociada, cabe recomendar su uso sistemático a partir de la primera consulta prenatal y desde el primer nivel de atención del sistema nacional de salud.

Por lo expuesto, el estudio de las conductas de riesgo que se reconocen en la mujer adolescente y la elevada frecuencia de embarazos en esta etapa de la vida, debe concienciar al equipo de salud a mejorar nuestros esfuerzos en la atención primaria de salud, en la promoción y fomento de acciones intersectoriales que involucren a la colectividad a una participación social y activa en la reducción de los embarazos en la adolescencia, en el elevado

coste social, familiar y de servicios de salud que entraña en este caso el parto pretérmino y sus consecuencias.

Insistir en la realización de estudios de investigación que ayuden a aumentar nuestra comprensión del impacto del parto pretérmino y que promuevan nuevos programas y políticas públicas de control del mismo.

## **X.-BIBLIOGRAFÍA :**

- (1.-) LLACA, V., FERNANDEZ J., Obstetricia Clínica. 14va.ed. México: McGraw Hill, 2002. pp. 546- 547.
- (2.-) CALLEN, P.W, Ecografía en Obstetricia y Ginecología. 5ta.ed. Barcelona: Elsevier, 2009. pp. 920-923.
- (3.-) ALLAUCA, C. Incidencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2008. Tesis Médico General. Riobamba, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Fac. de Salud Pública, Esc. Medicina, 2009. pp. 43.
- (4.-) ARIAS, F. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2da.ed. Vancouver: Elsevier, 1997. pp. 273.
- (5.-) TE-LINDE, W. y otros. Ginecología Quirúrgica. II Tomo. 2da.ed. México: Médica Panamericana, 2006. pp. 345-346.
- (6.-) CREASY, R., et.al. Maternal fetal medicine principles and Practice. 4ta.ed. México: Saunders, 2004. pp. 155-157.
- (7.-) AUED, R. y otros. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. 5ta.ed. México: Manual Moderno, 2003. pp. 723.
- (8.-) ROSSO, P. Gráfica de Incremento de peso para embarazadas. Revista Latinoamericana de perinatología. México. 2(1): 12. Febrero 2000.
- (9.-) GONZALEZ-MERLO, J. y otros. Ginecología y Obstetricia. 8va.ed. Barcelona: Masson, 2003. Pp. 186, 530.
- (10.-) SAENZ, V. Embarazo y Adolescencia. 7ma.ed. México: Manual Moderno, 2001. pp. 191.

- (11.-) SALINAS, M. Obstetricia General. 7ma.ed. México: Guanabara Koogan, 1995. pp. 263-285
- (12.-) BOTERO, J. Obstetricia y ginecología. 8va.ed. Bogotá: Corporación para Investigación Biológicas, 2004. pp. 583-584.
- (13.-) HASBUN, J. Infección de parto prematuro, enlace Epidemiológico y bioquímico. 7ma.ed. Bogotá: Corp. De Investigaciones biológicas, 2007. pp. 355-370.
- (14.-) ORYAZUN, E. Vaginosis Bacteriana: diagnóstico y prevalencia. Revista Sociedad médica de Chile. 128 (7-9): 535. Septiembre- octubre 2000.
- (15.-) MENDEZ. Nutrición Materna. Revista médica de Chile. 132 (7-12): 82. 18 Abril 2008.
- (16.-) BOTELLA, J. Tratado de ginecología. 14va.ed. Madrid: Díaz de Santos, 1993. pp. 341-342.
- (17.-) COPELAND, J. y otros. Ginecología. 2da.ed. México: Médica Panamericana, 2003. pp. 1232.
- (18.-) SAYAGUES, B. Recién Nacidos, Hijos de Madres Adolescentes. Revista Uruguaya Ginecológica de Adolescentes. Uruguay. 12(1): 64. 7 de abril del 2007.
- (19.-) BUKULMEZ, O., DEREN, O. Perinatal Outcome in Adolescent Pregnancies. Revista Eur j Obstet gynecol Reprod. Canadá. 12 (1): 272. Enero-febrero 2000.
- (20.-) KEY, J.D., BARBOSA, G.A. Repeat Adolescent Pregnancy Prevention with a School-based Intervention. Canadá. 9(1): 218. Febrero 2001.

- (21.-) BONILLA, M. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. Revista de ginecología y obstetricia. Colombia. 38(1): 48. Enero 2008.
- (22.-) NAVERO, A. propuesta Normativa Perinatal. Ministerio De Salud Pública y bienestar Social. Colombia 2(1): 67. Enero 2003.
- (23.-) GRACES, P., PEDRO, J. Patología Ginecología: bases Para el diagnóstico morfológico. Revista Ginecológica. Colombia. 30(1): 80. Marzo 2008.
- (24.-) CLAVERO, N. Tratado de ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología, reproducción. 13va.ed. Barcelona: Díaz de Santos, 1993. pp. 341.
- (25.-) ACOSTA, C. Obstetricia Ginecología. Revista de ginecología Cuba. 31(1): 81. Mayo-agosto. 2005.
- (26.-) Asociación de Obstetricia y Ginecología. Revista española de obstetricia y ginecología. Barcelona. 28(1): 82. 10 de diciembre del 2008.
- (27.-) ROMO, P. Factores de Riesgo de parto Pretérmino. Revista de la Universal de colima. Colima. 12(1): 57. Septiembre 2007.
- (28.-) DIAZ, E. Ginecología y Obstetricia. Revista de Medicina Preventiva y Salud pública, Medicina Familiar y Atención Primaria. Colombia. 33(2). Septiembre 31 del 2009.
- (29.-) GUILLEN, J. y otros. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. 5ta.ed. Barcelona: Díaz de Santos, 2004. Pp. 456.
- (30.-) LLUSIA, J. La placenta: fisiología y patología. 14va.ed. México: Díaz de Santos, 1992. pp. 313.

(31.-) LLUSIA, J. Fisiología de la placenta. 18va.ed. México: Días de Santos, 2000. pp. 213.