



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO

**FACTORES PARA PARTOS PRETERMINOS EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DELFINA TORRES DE CONCHA
ESMERALDAS, 2015-2016**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR (A)

CARMEN PAULINA ORTIZ VERA

ASESORA

MGT. ESIBA VERNAZA

Esmeraldas – Octubre, 2017

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título de: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Presidente tribunal de graduación

Lector (a) 2

Director de tesis

Directora de Escuela

Esmeraldas, octubre de 2017.

AUTORÍA

Yo, **Carmen Paulina Ortiz Vera** declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora y de **PUCESE**.

Carmen Paulina Ortiz Vera

CI: 080386251-5

AGRADECIMIENTO

Mi inmenso agradecimiento a Dios por haberme dado la fortaleza necesaria para cumplir con mis objetivos

A mi directora de tesis Mgt. Esiba Vernaza y a cada uno de los docentes que colaboraron compartiendo sus conocimientos para que haya llegado hasta donde estoy.

Un especial agradecimiento a mi madre, por educarme bajo principios y valores morales, que me han convertido en la persona que soy ahora; a mi esposo e hijas por ser mi motor y apoyo incondicional.

DEDICATORIA

Dedico mi esfuerzo y este trabajo a las personas más importantes en mi vida: mi madre, mis hijas y a mi amado esposo ya que pese a las adversidades, han continuado pendientes de todo para apoyarme, dándome el valor y fuerzas para sobrellevar cada inconveniente que se presentó en el transcurso de mi carrera.

¡Gracias mis amores!

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|------|
| TRIBUNAL DE GRADUACIÓN | i |
| AUTORÍA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| INDICE | v |
| LISTA DE ILUSTRACIONES Y TABLAS | vi |
| RESUMEN | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| INTRODUCCION..... | 1 |
| CAPITULO I | |
| MARCO TEORICO..... | 5 |
| CAPITULO II | |
| METODOLOGÍA | 16 |
| CAPITULO III | |
| RESULTADOS..... | 18 |
| CAPITULO IV | |
| DISCUSION | 22 |
| CAPITULO V | |
| CONCLUSIONES | 25 |
| CAPITULO VI | |
| RECOMENDACIONES | 26 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 27 |
| ANEXOS | 30 |

LISTA DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Figura 1.

Distribución porcentual de edades de las adolescentes que tuvieron parto pretérmino en el Hospital Delfina Torres De Concha.

Figura 2.

Distribución porcentual de número de controles que se hicieron las adolescentes.

Figura 3.

Distribución porcentual de las semanas de gestación que tenían las adolescentes.

Figura 4.

Distribución porcentual de las patologías gineco-obstétricas encontradas en las adolescentes

Figura 5.

Distribución porcentual de la vía de finalización del parto de las adolescentes.

Figura 6.

Distribución porcentual del manejo terapéutico.

Figura 7.

Distribución porcentual del cumplimiento de protocolos.

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema que preocupa a la sociedad; en el Ecuador las cifras están en aumento según el Ministerio de Salud Pública. Aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se da en la adolescencia se convierte un problema para el feto, la familia, la comunidad y la gestante en sí, ya que las consecuencias son múltiples; afectando al desarrollo psicológico, físico y social de la madre, además de la generación de gastos económicos para el servicio de salud.

El propósito de la presente investigación fue determinar los factores para partos pretérminos en adolescentes de 12 a 16 años atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad de Esmeraldas durante el periodo 2015-2016. El estudio fue retrospectivo no experimental, descriptivo de tipo cuantitativo, la población estuvo conformada por todas las adolescentes que fueron atendidas por parto, la muestra fue de 169 adolescentes con parto pretérmino incorporada en los criterios de inclusión y exclusión, como complemento se utilizó una ficha estadística a finalidad de obtener datos necesarios para dicha investigación.

En los resultados se encontró que el 56 % (169) se dieron antes de tiempo es decir entre 30 y 36 semanas de gestación, de los que el 34% (58) presentaron Infección de Vías Urinarias, el 5% (8) tuvieron un diagnóstico de preeclampsia en algún momento de su gestación, el 28% (48) presentaron anemia, 24% (40) tuvieron vaginosis, 9% (19) fueron diagnosticadas con oligohidramnios; la edad de las adolescentes que con mayor prevalencia se evidenció fue de 14 a 15 años. Se comprobó el cumplimiento del protocolo de atención para partos vigente por el personal de salud, de lo cual se obtuvo un resultado de 98 % siendo exitoso en el cumplimiento de Tocólisis, profilaxis antibiótica y maduración pulmonar.

Palabras claves: embarazo, adolescencia, parto pretérmino, factores de riesgo, cumplimiento de protocolos

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence is a problem that worries society; in Ecuador the numbers are increasing according to the Ministry of Public Health. Although pregnancy is a physiological condition, when it occurs in adolescence it becomes a problem for the fetus, family, community and the pregnant herself, since the consequences are multiple; affecting the psychological, physical and social development of the mother, in addition to generating economic expenses for the health service.

The purpose of brain-based research determined the factors for children in adolescents aged 12 to 16 attended at the Delfina Torres Concha Hospital in the City of Esmeraldas during the period 2015-2016. The study was retrospective non-experimental, exploratory, descriptive quantitative type, the population was conformed by all adolescents who were attended by birth, the sample was 169 stories of girls with preterm birth, incorporated in the inclusion and exclusion criteria, as a complement was used a statistical sheet with the purpose of obtaining data needed for research.

In the results, 56% (169) were found prematurely, between 30 and 36 weeks' gestation, of which 34% (58) had Urinary Tract Infection, 5% (8) had a diagnosis of preeclampsia at some point in their gestation, 28% (48) had anemia, 24% (40) had vaginosis, 9% (19) were diagnosed with oligohydramnios; the age of adolescents with the highest prevalence was 14 to 15 years. Compliance with the current protocol for delivery was confirmed by the health personnel, resulting in a 98% being successful in compliance with tocolysis, antibiotic prophylaxis and pulmonary maturation.

Keywords: pregnancy, adolescence, preterm birth, risk factors, protocol compliance

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto prematuro es una de las principales complicaciones gestacionales e importante causa de morbi-mortalidad neonatal, caracterizándose por la aparición del trabajo de parto espontáneo anterior a las treinta y siete semanas completas de gestación, evidenciado por la presencia de contracciones uterinas eficaces y persistentes, evanescencia cervical igual o superior a 80% y dilatación cervical igual o superior a un centímetro. Con todo su diagnóstico muchas veces es complejo debido a la gran cantidad de factores relacionados con el mismo.

Es el responsable de un gran número de muertes perinatales. A pesar de los grandes avances de la medicina moderna, en los registros de muertes neonatales el porcentaje más elevado constituye a recién nacidos (RN) prematuros, por lo que representa un reto y punto de atención continua para la salud pública.

Existen factores de riesgo predisponentes para que ocurra la amenaza de parto prematuro en la adolescente, en donde se mencionan: historia de antecedentes personales, complicación concomitante con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otros; la infección amniótica aparece como un factor que empeora el pronóstico en el parto prematuro.

Es difícil determinar con exactitud las razones por las que se presenta el parto pretérmino en adolescentes ya que las causas son múltiples. Pero evidentemente una de las principales causas es la edad, ya que el proceso de formación del aparato reproductor no está debidamente maduro como para experimentar este tipo de cambios tan bruscos como es el embarazo. Así mismo, los controles prenatales deficientes representan un gran problema puesto que es aquí donde se puede identificar por ende, prevenir complicaciones como la anemia ya que las adolescentes por su misma edad no podrían tener los conocimientos necesarios en cuanto a la alimentación adecuada para su embarazo, existe el riesgo de las jóvenes excedan el consumo de sodio y grasas dando origen a la preeclampsia. Además, las infecciones genitourinarias como la vaginosis e IVU son consideradas un problema durante

la gestación ya que podrían originar la ruptura prematura de membranas y por consiguiente terminar en un parto prematuro.

Actualmente se ha generado un brote de embarazos en la adolescencia, sumado al inminente porcentaje de partos prematuros, generando exuberantes gastos sanitarios, sociales y familiares, dado que esta población se encuentra en constante riesgo requiere de mucha atención perinatal, para así evitar repercusiones en los neonatos.

A nivel mundial; cada año nacen 15 millones de neonatos antes de tiempo, simbolizando una prevalencia del 9,6% de recién nacidos (RN) prematuros(OMS, 2012).

Las nuevas cifras muestran la magnitud del problema, así como las diferencias entre países. Los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos vivos del mundo. En los países más pobres; en promedio, el 12 % de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el 9 % en los países de mayores ingresos. En muchos países de bajos ingresos, las principales causas de los nacimientos prematuros incluyen infecciones, malaria, VIH y altas tasas de embarazo adolescente. (Prematuros, 2012)

El nacimiento pretérmino afecta aproximadamente del 10% a 15% de todos los nacimientos, presentando diferencia según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado prenatal y neonatal, su prevalencia ha variado en las últimas décadas. Lo cual continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable de muerte del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

Shapiro- Mendoza (2012); coinciden en que el nacimiento prematuro concierne un 12,5% en EEUU, con 1,5 mayor riesgo para afroamericanos y 3,4 veces el riesgo de mortalidad relacionada.

En Perú Germain y Oyarsun (2002); determinan que, de 14.701 partos, 2.732 correspondieron a gestantes adolescentes, de los cuales: 2.159 son eutócicos y 573 distócicos, y la incidencia de parto pretérmino de 22,4 %.

En Ecuador en la ciudad de Ambato, Cedeño Intriago S. (2015) realiza un estudio, en el cual obtiene que el bajo peso al nacer fue la principal complicación de los hijos de madres adolescentes, siendo el 34% de todas las complicaciones observadas; otra de las complicaciones de alta recurrencia que presentaron los hijos de las madres adolescentes fue

el nacimiento prematuro con el 23% de los casos, con menor incidencia se encontró Retardo del Crecimiento Intrauterino Asimétrico 7% y Síndrome de Down 1%, además de otras con menor incidencia.

El informe 'Mujeres ecuatorianas, dos décadas de cambios', presentado por ONU Mujeres, alerta de que Ecuador ocupa el primer lugar en la región andina, y el segundo en América Latina solo superado por Venezuela, respecto a embarazos en adolescentes. En los últimos 10 años en Ecuador el incremento de partos de niñas entre 10 y 14 años fue del 78%. En la sala de cuidados intensivos e intermedios la mayor parte del tiempo cuenta con un promedio de 70 a 80 niños, de estos la mayor parte son prematuros. (Telegrafo, 2012)

Las complicaciones prevalentes en las adolescentes en el proceso de parto corresponden; el 39% a desgarro, seguido de la ruptura de membranas con el 24%, seguido del parto prematuro con un 15%, también nos muestra que el 10% corresponden a la desproporción céfalo pélvica y sufrimiento fetal y con un porcentaje bajo el parto prolongado. (Palacios, 2016).

La normalización de la amenaza de parto prematuro permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica.

Por lo tanto, la hospitalización prolongada y el ingreso a neonatología suponen una inminente inestabilidad familiar, al mismo tiempo que el aumento de la morbilidad materna y neonatal para el servicio de salud ya que simboliza mayores gastos para el mismo.

La interrogante que se plantea en esta investigación es: ¿Cuáles son los factores que influyen en el parto pretérmino en adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres De Concha durante el 2015 al 2016?

Cuando se trata de la embarazada adolescente, el personal puede generar un sentimiento de fiscalización y el ser madre adolescente impregna siempre la idea de fragilidad y o falta de juicio, que puede ser una obligación impuesta generalmente por los familiares.

Teniendo en cuenta las cifras de embarazos en adolescentes con parto pretérmino fueron un número considerable (335) en la fecha de estudio; esta sigue en aumento, a pesar de todas las estrategias realizadas por el Ministerio de Salud Pública; como la Atención Integral de Calidad para Adolescentes en el primer nivel de atención, lo que disminuye las

brechas y barreras de acceso a los servicios de salud, garantizando una atención con énfasis en la prevención y promoción de la salud, del ejercicio de los derechos humanos, incluido los sexuales y reproductivos. En donde las adolescentes que se embarazan con frecuencia tienen mayor riesgo de complicaciones de presentar un parto pretérmino por ende, aumentando la morbilidad perinatal.

Con este estudio se pretendió determinar los factores que inciden en la amenaza de parto prematuro en adolescentes, y se considera de gran importancia para determinar los factores que más afectan a este grupo. Proporcionando un aporte con información obtenida de la investigación al hospital donde se realizó la misma; información que servirá de soporte para intervenir en los factores que ocasionan el parto prematuro en las adolescentes, y así disminuir la morbilidad perinatal y neonatal por prematuridad.

Esta investigación tuvo como objetivo general: Determinar los factores para partos pretérminos en adolescentes de 12 a 16 años atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad de Esmeraldas durante el periodo 2015-2016, identificar los principales factores prevalentes en partos pretérminos en adolescentes de 12 a 16 años, identificar el promedio de edad que predomina en el embarazo en adolescente, evaluar el nivel de cumplimiento de protocolos por parte del personal de enfermería para determinar el riesgo de partos pretérminos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo empieza desde la implantación, que comprende la inserción del blastocito en la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Después atraviesa el endometrio y entra al estroma, el epitelio se cierra finalizando la implantación y así se completa el proceso de anidación dando inicio al embarazo.

Es realmente un período vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir y traer consecuencias para la salud, económicas y sociales. Se requiere de programas que garanticen información y servicios, además de, potenciar los factores protectores para reducir las mencionadas conductas. (Santisteban, 2014)

La adolescencia es un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta, que conlleva un crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población.

De acuerdo con Luis Alfonso Mendoza Tascón y otros (2016) quienes investigaron sobre la actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia, definieron a la adolescencia como una período complicado, en el que las decisiones y conductas que tomen los adolescentes varían de acuerdo a sus oportunidades económicas, laborales, educativas, oferta de anticoncepción, situación socioeconómica, características personales, normas sociales e influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.

Este proceso investigativo se basó en la definición de embarazo obtenida del estudio realizado por de Juan Carlos Calderón Reza, (2014). Debido a que se consideró embarazo desde el momento de la fecundación ya que al unirse las células de los padres empieza la vida de un nuevo ser.

Cano Díaz Lady Lucero y Calderón Flores Diana María en su investigación sobre factores de la infección del tracto urinario en gestantes del Centro de Salud Independencia Colombia, (2016). Se determinó que las infecciones del tracto urinario son un problema frecuente entre las gestantes, que se transforma en la condición base para múltiples patologías obstétricas y perinatales, que estimula la actividad uterina, provocando contracciones uterinas en incremento.

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial, en la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante; otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios, ITU) que explique la aparición de la dinámica.

La infección del tracto urinario (ITU) consiste en la colonización y proliferación microbiana, a lo largo de la uretra. En caso de afectar al riñón y a la pelvis renal se lo define pielonefritis, si lesiona a la vejiga cistitis, uretritis si deteriora a la uretra y prostatitis si la infección se localiza en la próstata. (González Monte E. 2016)

Evidentemente la infección del tracto urinario se refiere a la multiplicación de bacterias a lo largo de la uretra, tal como expone González Monte E. (2016) en su estudio. Es por esto que dicha definición fue fundamental en esta investigación.

Mauricio La Rosa, Jack Ludmir en su investigación sobre el manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos en Lima – Perú (2014) Definió a la preeclampsia como una enfermedad multiorgánica, típica de la segunda mitad del embarazo. Se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria o disfunción de algún órgano.

La preeclampsia es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. También es preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento. (Hernández-Pacheco JA, 2013)

En cuanto a la Preeclampsia este estudio se apoyó en la definición de Hernandez-Pacheco JA, (2013) puesto que explica las semanas de gestación en la que se puede producir este problema lo que facilitó la búsqueda en la base de datos.

La anemia es una alteración hematológica que se diagnostica durante la gestación, principalmente por deficiencia de hierro, y se presenta en un 75 a 80% de mujeres gestantes, a causa de una incorrecta nutrición y falta de diagnóstico oportuno. (Quito, 2016)

La anemia se define como una disminución de la cantidad de hemoglobina, proteína presente en el eritroblasto que es responsable del transporte de oxígeno a los diferentes tejidos. García González, L. (2013).

De las evidencias anteriores se utilizó la de Quito (2016) puesto que en su definición expone el porcentaje de gestantes con este problema obstétrico, fundamentando que es consecuencia de una nutrición desequilibrada, además, la asocia a un diagnóstico inadecuado del mismo.

Daniel Romero Herrero, Antonia Andreu Domingo (2016) en su investigación sobre Vaginosis bacteriana (VB) define a la VB como la consecuencia de la colonización vaginal por bacterianas complejas, muchas cuentan con metabolismo interdependiente, además algunas no se las puede cultivar. Cabe recalcar que las bacterias anaerobias tienen mucho que ver con su patogenia.

La Vaginosis Bacteriana se produce cuando los lactobacilos presentes en la microbiota normal de la vagina de mujeres sanas son reemplazados o superados en número por bacterias Gram negativas o Gram variables, anaerobias estrictas o facultativas presentes en pequeñas cantidades en la vagina sana y en el tracto gastrointestinal. (Martínez, 2013)

La explicación de Martínez, (2013) acerca de la vaginosis bacteriana fue tomada en cuenta para la realización de esta investigación puesto que interioriza con exactitud los posibles tipos de bacterias que pueden producir esta infección vaginal, lo que facilitó la búsqueda de los desencadenantes de partos antes de tiempo.

El déficit anormal de líquido amniótico es definido como oligohidramnios, se utiliza este término cuando el ILA es de 5,0 mm o menos. (Giancarlo Sante-Farfán, 2016)

Se llama a Oligohidramnios la alteración del volumen de líquido amniótico que estaría asociada a múltiples factores de riesgos tanto maternos como fetales según el estudio de María José Pisco De La Cruz (2016) acerca de oligoamnios. Factores de riesgo y complicaciones materno-fetales, Guayaquil

En relación al oligohidramnios la presente investigación se fundamentó en la descripción de Giancarlo Sante-Farfán (2016) debido a que específica desde que niveles se considera el ILA bajo.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Salud (CONASA, 2008) el parto prematuro es el nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación. Por ello con el fin de asegurar el bienestar integral del feto y la madre se ha planteado el protocolo para partos pretérminos con los siguientes objetivos: Tocólisis (para prolongar al menos 72 horas el embarazo), maduración pulmonar fetal (embarazos < de 34 semanas), determinar etiología y transferencia a unidad de neonatología especializada.

| PROTOCOLO DEL MANEJO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO (Muchos de los pasos / tareas 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 cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura. | X | X | X |
| 3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca 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 | X | X | X |

| | | | |
|--|---|---|---|
| asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. | | | |
| 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"> • Dilatación cervical • Borramiento cervical • Consistencia del cuello • Posición del cuello • Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por • Estaciones de Lee. • Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, color del líquido amniótico (ver protocolo de RPM) • Verificar sangrado, tapón mucoso o leucorrea. • Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. | 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 (ALARMA sin menor de 20mm) | X | X | X |
| 12. Control de signos vitales cada 8 horas. | X | X | X |
| 13. Si el embarazo es >37 semanas probablemente la paciente se encuentra en fase latente de labor de parto. Finalización del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolo del manejo del parto o inductoconduccion. | 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 | X | X | X |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 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. | | | |
| 15. Si el embarazo es >37 semanas realice manejo tocolítico: Nifedipino 10mg VO20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4 - 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. O indometacina 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. (solo en embarazo <32 semanas) (No realizar más de dos ciclos de Tocólisis) | X | X | X |
| 16. Contraindicaciones de tocólisis <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación >4cm. • Corioamnionitis. • Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp. • Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal. • Malformaciones fetales. • Desprendimiento normo placentario. | X | X | X |
| 17. Maduración pulmonar fetal Si el embarazo es >24 y <37 semanas: <ul style="list-style-type: none"> • Betametasona 2 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). • Dexametazona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). No se requiere nuevas dosis semanales de corticoides para conseguir efectos beneficiosos perinatales | X | X | X |
| 18. Si corioamionitis Antibioticoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 2 g IV cada 6 horas • Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV6 cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día. • Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea) | X | X | X |

| Finalización del embarazo según criterio obstétrico independientemente de edad gestacional | | | |
|--|---|---|---|
| 19. Comuniqué del caso al Servicio de Neonatología. | X | 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 | X |

(CONASA, 2008)

Este último es el que maneja la sala de gineco-obstetricia del hospital Delfina Torres de Concha (vigente).

Actualmente el servicio gineco-obstétrico del Hospital Delfina Torres De Concha también maneja el programa de Alerta Materna Score Mama, vigente por el MSP; el cual pretende reconocer de forma temprana signos y síntomas que representen riesgo obstétrico a través de la toma de signos vitales, teniendo relevancia desde el primer nivel de atención de salud para así, brindar una respuesta temprana y oportuna evitando futuras complicaciones obstétricas.

Elisa I. Rodrigo, Marcos N. Toñanes y otros (2014); estudia sobre los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes de Argentina entre 2009 y 2011, como objetivo principal determinar la relación entre el grupo etario materno, la convivencia con la pareja durante el embarazo y hábito tabáquico con el parto pretérmino en embarazadas adolescentes. Utilizan un diseño cuantitativo y analítico de casos y controles. La población accesible se compuso por una muestra de embarazadas adolescentes cuyos partos fueron atendidos en el hospital antes mencionado y que reunieran los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para ser casos o controles. Los resultados obtenidos fueron: La muestra estudiada se compuso de 150 unidades de análisis, 50 casos de adolescentes con parto prematuro y 100 controles de adolescentes con parto a término. Con respecto al grupo etario, en los casos se observó que el 32% era madres adolescentes en la etapa temprana de 10 a 15 años, en comparación a un 8% en el grupo control, constatando que el parto prematuro fue más frecuente en madres con 15 años o menos.

Concluyo; las embarazadas que cursan la etapa temprana de la adolescencia, es decir menor a 15 años, son consideradas más susceptibles a desencadenar parto prematuro

debido a su edad, por ello representan un grupo de alto riesgo para las instituciones de salud.

Marling Elizabeth Gutiérrez-Munares (2012); estudia la frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membranas pretérmino, Hospital Regional de Ayacucho de Perú, teniendo como objetivo principal determinar la frecuencia de los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a diciembre del 2012.

Mediante un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, se consideró a 72 pacientes gestante entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación, que presentaron ruptura prematura de membranas pretérmino, de un total de 3600 historias clínicas.

Dando como resultado que la ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 2,0%. La frecuencia de los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino fueron: edad materna considerada riesgosa (menores de 20 años y mayores de 34 años) con un 63,9%; un 94,4% tuvieron una edad gestacional entre 34 y 37 semanas, y solo un 5,6% tenían una edad gestacional entre 25 y 33 semanas; además se encontró que la Infección del tracto urinario se presentó en un 77,8% ; infecciones cervicovaginales en un 58,3% ; un Índice de Masa Corporal por debajo de 20 Kg/ m² en un 48,6%; y una deficiencia de controles prenatales en un 72,2%; estado socioeconómico bajo, (menos de S/.633.00) con un 50,0%.

Concluyo; Los controles prenatales deficientes son uno de los mayores riesgos durante el embarazo, debido a que sin los controles adecuados se dificulta la detección de futuros riesgos para la madre y el feto.

Allan Fernando Delcid Morazán y otros (2017); estudiaron la caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el Hospital Materno Infantil de Honduras, considerando como objetivo principal determinar las características sobre el nacimiento pretérmino en las pacientes atendidas en la sala de labor y parto, Hospital Materno Infantil de junio a septiembre 2016.

Se realizó un estudio, descriptivo, transversal, universo de 4048 pacientes, se estimó una muestra de 422 con un I.C. 97%, p (50%), porcentaje de error (5%) la recolección de datos

fue a través de la aplicación de un instrumento tipo cuestionario a toda paciente embarazada que ingreso a sala de labor y parto.

En los resultados obtenidos se encontró que 6.2% de las pacientes presentó nacimiento pretérmino, siendo el 77.3% mediante parto y 22.7% mediante cesárea, a su vez el 30.7% de las pacientes se encontraban en edades de riesgo reproductivo, de estas el grupo de embarazo en la adolescente represento 19.2%, se observó que el 46.2% de primigestas presento nacimiento pretérmino, en cuanto a los nacimientos debajo de las 27.6 SG 100% tuvo complicaciones y el 26% de los casos no sobrevivieron; sin embargo, es evidente que esta frecuencia muestra un comportamiento descendente a medida que el feto se acerca al término reduciéndose hasta 29% de complicaciones entre las 34-36.6 SG.

Concluyo; La edad materna sigue siendo un inconveniente en el embarazo ya que el mayor número de partos prematuros se dan en las edades de riesgo reproductivo, llevando consigo un sin número de complicaciones para el RN y la madre.

Barrera Sánchez, L.F.; Manrique Abril, F.G. & Ospina Díaz, J.M. (2016); estudia sobre los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá de Colombia con el objetivo principal describir factores posiblemente asociados al parto pretérmino (PP) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja, en 2010.

Se trata de un estudio de corte transversal, observacional analítico. Se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron parto pretermino. Evidenciando en los resultados que revela una prevalencia de parto pretérmino 6,1%; media de edad 17,3 años (SD=1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al parto prematuro, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% asistió de 7 a 9 controles.

Concluyo; El presente estudio revela que el parto prematuro en edades gestacionales que van desde la semana 22 a la 27, está ligada a diversas patologías asociadas como IVU, vaginosis, anemia, preeclampsia y el consumo de bebidas alcohólicas.

Mónica Andrea Vintimilla Yunga (2017); estudia las características del tratamiento tocolítico en amenaza de parto pretérmino del Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca – Ecuador, quien tuvo como objetivo determinar las características del tratamiento tocolítico, utilizado para la amenaza de parto pretérmino, en pacientes que acudieron a dicho hospital de enero-diciembre 2015.

Utilizó como metodología un diseño descriptivo -retrospectivo, revisó 247 historias clínicas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro; los resultados obtenidos fueron: la edad gestacional a la que se produce principalmente la patología en estudio fue 34-36,6SG (46,2%). La uteroinhibición, se llevó acabo en 72,9% de pacientes, usándose nifedipino como tratamiento de elección; luego de administrado el mismo, el cese de la actividad uterina o la finalización del embarazo se produjo entre 24-48 horas (48,3%). Los datos demuestran que el 74,1% recibió maduración pulmonar, siendo betametasona la más usada con el 71,3% y de estas un 75,4% finalizó el esquema.

Concluyo que; La Tocólisis es de gran importancia cuando se trata de amenaza de parto pretérmino ya que ayudara a la maduración del feto para que tenga más probabilidades de sobrevivir en caso de darse un parto pretérmino

Br. Kenneth Magdiell Vallecillo Rosales. Bra. Gasaly Noeli Ramos Rugama, 2017; estudian sobre el nivel de cumplimiento del protocolo de la amenaza de parto pre-término en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 SG ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016” Nicaragua, plantea como objetivo evaluar el cumplimiento de la aplicación del protocolo de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes atendidas en la sala del alto riesgo obstétrico del hospital antes mencionado. El estudio descriptivo de corte transversal, la muestra de 60 pacientes con embarazos mayores de 22 SG, y menores de 37 SG. Utilizó una lista de chequeo de la normativa 044. Los resultados fueron: 24 mujeres eran menores de 19 años (48%), 35 no poseían antecedentes patológicos personales (70%), 26 se había realizado más de 4 controles (52%). Con el estado del cuello uterino (borramiento menor del 50% con una dilatación menor de 3 cm y comprobando la integridad de las membranas) se constató en 36 de los expedientes (72%), en relación con la indicación del uso de corticoides, 38 de los expedientes (76%) cumple con la aplicación.

En cuanto al embarazo según la investigación de Juan Carlos Calderón Reza, (2014) embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, y morfológicos que se producen en la mujer a fin de proteger, nutrir y permitir el desarrollo fetal, como la interrupción de los ciclos menstruales y el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Al estudiar el embarazo en la población adolescente en el Hospital General Delfina Torres de Concha, se sustenta legalmente en el artículo 32 en el que se plantea, que la Salud es un derecho que el estado Garantiza y el artículo 43 así mismo, expresa que el Estado garantiza a las mujeres embarazadas protección prioritaria y cuidado de su salud integral durante el embarazo parto y posparto, así se ha verificado en la Constitución de la República del Ecuador (Ecuador, 2008), mientras que en la Ley Orgánica de Salud (Salud, 2012), en los artículos 21 señala, que el estado reconoce el embarazo adolescente como problema de salud pública y el artículo 22 sostiene que los servicios de salud tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas sin ningún tipo de exigencia, constituyendo una alerta para los organismos encargados de la salud comunitaria.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó en las nuevas instalaciones del Hospital General Delfina Torres de Concha que está ubicado en el sector San Rafael al sur de la ciudad en la parroquia Simón Plata Torres, Av. Del Pacifico entre las calles Av. El Ejército, barrio “Inmaculada Concepción”, institución de segundo nivel de atención que abrió sus puertas en 1982 en la Av. Libertad y Manabí, donde brindó atención integral a la ciudadanía esmeraldeña hasta el año 2016.

El Hospital Delfina Torres de Concha en sus nuevas instalaciones continúa brindando atención en salud en las siguientes especialidades: cirugía general, traumatología, urología, cirugía vascular, oftalmología, cirugía pediátrica, gineco-obstetricia, pediatra, medicina interna, psiquiatría, psicología, fisiatría, gastroenterología, cardiología, dermatología, hematología, neurología, clínica del vih/sida, odontología, imagenología, anestesiología y neonatología.

Se realizó un estudio descriptivo y analítico; porque estableció de forma individualizada los factores predominantes en el parto pretérmino; cuantitativo puesto que se comprobó la edad que predominaron los embarazos en adolescencia; retrospectivo debido a que se revisó las historias clínicas de pacientes embarazadas que fueron atendidas por parto pretérmino; no experimental porque la investigación no cambio la realidad para conseguir la información que se necesitaba.

El universo incluyó a 300 adolescentes atendidas en durante enero del 2015 a diciembre del 2016, correspondientes a esos años; se inició revisando los datos que yacían en el departamento de estadística filtrando los datos de los embarazos en adolescentes de 12 a 16 años atendidas en centro obstétrico, donde se obtuvo una muestra de 169 adolescentes embarazadas con diagnóstico de parto prematuro, realizando un muestreo simple aleatorio probabilístico.

$$\text{Formula de muestreo: } n_o = \frac{Z^2 * PQ}{e^2} n_o = \frac{(1.46)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2}$$

$$n_o = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} n_o = \frac{0.96}{0.0025} = 384$$

$$n' = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o-1}{N}} n' = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{300}} n' = \frac{384}{1 + \frac{383}{300}}$$

$$n' = \frac{384}{1 + 1.27} n' = \frac{384}{2.27} = 169$$

Por consiguiente, se realizó la recolección de datos en treinta días desde el 17 de Julio al 17 de agosto, para lo cual se diseñó una ficha como instrumento de recolección de datos, con el objetivo de identificar los factores de riesgo para la prematuridad en las adolescentes embarazadas, la edad más predominante, el cumplimiento de protocolo o manejo para parto pretérmino. Tomando en cuenta los criterios de inclusión: Adolescentes embarazadas de entre 12 y 16 años, que culminaron el evento obstétrico antes de las 37 semanas de gestación. Criterios de exclusión: Pacientes de 17 años en adelante, que tenga gestación mayor a 37 semanas, gestantes con problemas psiquiátricos, pacientes que hayan ingerido medicamentos o sustancias para inducir el parto y el tabaquismo.

Se realizó una entrevista no estructurada a la jefa del área de centro obstétrico; con cinco preguntas abiertas referente al cumplimiento de protocolos en el centro obstétrico sobre: el cumplimiento del protocolo de atención a partos, el mecanismo de verificación, el riesgo que se exponen al no cumplir con el protocolo, si el personal se capacita de forma continua, y las complicaciones más frecuentes con la que ingresan las gestantes adolescentes al servicio.

Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel donde se incluyó todas las variables estudiadas. Posteriormente se procedió a la confección de Tablas y gráficos y al procesamiento estadístico de los datos.

CAPITULO III

RESULTADOS

Del 100 % de los casos de parto pretérmino, la edad de mayor prevalencia fue en adolescentes de 15 años correspondiendo al 37%, seguida de las adolescentes con edad de 14 años con el 31% y el porcentaje más bajo corresponde a las adolescentes de 12 años con el 2%

Tabla 1

Edad de las adolescentes embarazadas

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|-------------------|-------------------|
| 12 AÑOS | 3 | 2% |
| 13 AÑOS | 10 | 6% |
| 14 AÑOS | 52 | 31% |
| 15 AÑOS | 63 | 37% |
| 16 AÑOS | 41 | 24% |
| TOTAL | 169 | 100% |

Fuente: Historias clínicas del HDTC

En cuanto a la procedencia de las adolescentes con parto pretérmino se demuestra que el 54% (92) corresponden al área urbana y el 46 % (77) corresponde al área rural.

Otros datos que se obtuvieron en la investigación demuestran que el 60% de las adolescentes que terminaron en parto pretérmino cursaban sus estudios secundarios, el 26 % cursaban la primaria y un 14% no tenía ninguna instrucción, grupo en menor porcentaje, pero significativo.

De acuerdo con los datos recabados de las historias clínicas se comprueba que el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron parto pretérmino (48%) corresponden a la raza negra, seguida de mestiza con 31%, mulato 20% y en menor porcentaje blancos con el 2%.

La siguiente tabla hace referencia a los controles que se realizaron las adolescentes durante la gestación; de los cuales el 57% de ellos se hizo de 1-2 controles, 12% de 3-4 controles, el 5% de 5 y más controles, un grupo significativo de adolescentes no realizó ningún control 27%; dato importante y preocupante que puede concluir en un parto pretérmino ocasionado por diversos factores debido al desconocimiento de estas adolescentes.

Tabla 2

Número de controles realizados por las adolescentes embarazadas

| Nº DE CONTROLES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| NINGUNO | 45 | 27% |
| 1 - 2 CONTROLES | 96 | 57% |
| 3 - 4 CONTROLES | 20 | 12% |
| 5 + CONTROLES | 8 | 5% |
| TOTAL | 169 | 100% |

Fuente: Historias clínicas del HDTC

Los resultados obtenidos en la revisión de HC de las adolescentes que terminaron en parto pretérmino se determina qué; el 46% de ellos ya cursaban de 35 a 36 semanas; 41% de 33 a 34 semanas y el 12% de 28 a 32 semanas, datos que se pueden relacionar con las complicaciones presentados en las adolescentes durante su estado gestacional.

Tabla 3

Edad gestacional que cursan las adolescentes embarazadas

| EDAD GESTACIONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| 28 - 32 SEMANAS | 21 | 12% |
| 33 - 34 SEMANAS | 70 | 41% |
| 35 - 36 SEMANAS | 78 | 46% |
| TOTAL | 169 | 100% |

Fuente: Historias clínicas del HDTC

El siguiente cuadro demuestra que las patologías detectadas al revisar las HA de las adolescentes embarazadas y que culminaron en parto antes de las 37 semanas fueron; la de

mayor relevancia IVU con 34%, anemia 38%, vaginosis 24%, oligohidramnios 9% y un 5% presentaron preeclampsia; Cabe indicar que estas patologías fueron detectadas mediante el diagnóstico médico.

Tabla 4

Patologías gineco-obstétricas de las adolescentes embarazadas

| PATOLOGIAS GINECOOBSTETRICAS | FRECENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------------|-------------------|
| IVU | 58 | 34% |
| PREECLAMPSIA | 8 | 5% |
| ANEMIA | 48 | 28% |
| VAGINOSIS | 40 | 24% |
| OLIGOHIDRAMNIOS | 15 | 9% |
| TOTAL | 169 | 100% |

Fuente: Historias clínicas del HDTC

De las 169 adolescentes embarazadas en estudio; el 85% culminó un parto pretérmino vía vaginal, el 15% el evento obstétrico fue antes de la cesárea, ambos siendo originados por diferentes factores como preeclampsia, IVU, anemia, etc.

Tabla 5

Vía de finalización del embarazo de las adolescentes

| VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|-------------------|-------------------|
| CESAREA | 25 | 15% |
| VAGINAL | 144 | 85% |
| TOTAL | 169 | 100% |

Fuente: Historias clínicas del HDTC

El cuadro siguiente demuestran que los adolescentes que tuvieron partos pretérminos fueron tratados de acuerdo con el protocolo de manejo de parto vigente en la sala de gineco-obstetricia del HDTC; en donde se aplicaron tratamiento terapéutico con Tocólisis el 7% de las adolescentes, 4% con profilaxis antibiótica, 3% recibieron maduración pulmonar y el 86% recibió el tratamiento completo.

Tabla 6*Manejo terapéutico de las adolescentes con parto prematuro*

| MANEJO TERAPEUTICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| TOCOLISIS | 12 | 7% |
| PROFILAXIS ANTIBIOTICA | 7 | 4% |
| MADURACION PULMONAR | 5 | 3% |
| TRATAMIENTO COMPLETO | 145 | 86% |
| TOTAL | 169 | 100% |

Fuente: Historias clínicas del HDTC

La evaluación del cumplimiento del protocolo de atención enfermería permitió determinar que el 93% fue aplicado de la manera adecuada, mientras que el 7% no lo realizaron. Se determinó que la adecuada aplicación del protocolo de enfermería en las pacientes con amenaza de parto prematuro se dio por las capacitaciones de forma continua que reciben las enfermeras que laboran en el centro obstétrico.

Tabla 7*Cumplimiento de protocolos*

| CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| SI | 157 | 93% |
| NO | 12 | 7% |
| TOTAL | 169 | 100% |

Fuente: Historias clínicas del HDTC

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En el presente estudio el parto pretérmino ocurrió en un 56,3% de las adolescentes embarazadas, cifra muy significativa ya que menos del 50% de esta población llega a culminar un embarazo feliz y satisfactorio.

De acuerdo con los datos encontrados se evidencia que la edad es un factor de riesgo para partos prematuro siendo 14 y 15 años las edades en la que se encontró mayor prevalencia en partos pretérminos con 31% y 37% respectivamente; dato similares a los resultados de Elisa I. Rodrigo, Marcos N. Toñanes y otros quienes, al estudiar los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011, determinaron que el 32% de su grupo de estudio eran madres adolescentes en la etapa temprana de 10 a 15 años, en comparación a un 8% en el grupo control, constatando que el parto pretérmino fue más frecuente en madres con 15 años o menos.

Las patologías ginecobstetricias más frecuentes fueron la IVU con el 34% del total de las historias clínicas estudiadas, seguida de la Anemia con el 28%, Vaginosis con 24%, Oligohidramnios con 9% y Preeclampsia con el 5%, en efecto estas patologías causan que las gestantes estén más vulnerables para presentar rupturas prematuras de membrana, ocasionando que las cifras de nacimientos prematuros aumente; cifras que se relaciona con la investigación realizada por Barrera Sánchez, L.F.; Manrique Abril, F.G. & Ospina Díaz, J.M. sobre los factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá, en donde evidencia que el parto prematuro está asociado a la infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%), 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo.

Dado que el 57% de las historias clínicas reflejaba de 1 a 2 controles prenatales, el 27% ningún control prenatal a lo largo de su gestación, el 12% de 3 a 4 controles y el 5% de 5 o

más controles prenatales; por ende, la deficiencia de los controles prenatales dificultó la detección temprana de las complicaciones. La investigación de Marling Elizabeth Gutiérrez-Munares sobre Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membranas pretérmino, Hospital Regional de Ayacucho, en Perú arrojó los siguientes resultados coincidiendo con los datos adquiridos en esta investigación, considera la edad materna riesgosa (menores de 20 años y mayores de 34 años) con un 63,9%; un 94,4% tuvieron una edad gestacional entre 34 y 37 semanas, y solo un 5,6% tenían una edad gestacional entre 25 y 33 semanas; además se encontró que la Infección del tracto urinario se presentó en un 77,8% ; infecciones cervicovaginales en un 58,3% ; un índice de masa corporal por debajo de 20 Kg/ m² en un 48,6%; y una deficiencia de controles prenatales en un 72,2%; estado socioeconómico bajo, (menos de S/.633.00) con un 50,0%.

Al identificar la vía de finalización del parto en las pacientes atendidas en HDTC se determinó que a pesar de ser partos pretérminos el 85% fueron vía vaginal mientras que solo el 15% fueron a través de cesárea. Algo semejante ocurre con los resultados del estudio realizado por Allan Fernando Delcid Morazán, Moran E Barcan Batchvaroff, y otros, acerca de Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil Honduras, en el que se encontró que del 6.2% de las pacientes presentó nacimiento pretérmino, el 77.3% mediante parto vaginal y 22.7% mediante cesárea.

El manejo terapéutico que se utilizó en las pacientes que tuvieron parto pretérmino concluyó con los siguientes resultados de 169 casos de trabajo de Parto Pretérmino, el 7% (12) fue sometida a Tocólisis, el 4% (7) recibieron Profilaxis Antibiótica, al 3% (5) le administraron maduración pulmonar y al 86% (145) le administraron el tratamiento completo. No obstante Mónica Andrea Vintimilla Yunga al estudiar las características del tratamiento tocolítico en amenaza de parto pretérmino. En el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca; concreto que la edad gestacional a la que se produce mayormente la patología en estudio fue 34,0 -36,6SG (46,2%).

La uteroinhibición se llevó a cabo en 72,9% de pacientes, usándose nifedipino como tratamiento de elección; luego de administrado el mismo, el cese de la actividad uterina o la finalización del embarazo, se produjo entre 24 -48 horas (48,3%). Además, los datos demuestran que el 74,1% recibió maduración pulmonar, siendo betametasona la más usada con el 71,3% y de estas un 75,4% finalizó el esquema.

En la entrevista realizada a la jefa del servicio gineco-obstétrico indico; que el cumplimiento de protocolos se dio de manera exitosa con un 93%, evidenciado en las evaluaciones que se realizan diarias, cada quince días y al mes, mediante la observación asegura una atención de calidez a las adolescentes; así mismo corrobora que el mayor índice partos pretérminos que se dan en adolescentes que presentaron alguna complicación durante su gestación, siendo la Anemia la de mayor índice. Aunque Br. Kenneth Magdiell Vallecillo Rosales. Bra. Gasaly Noeli Ramos Rugama, en su estudio sobre el cumplimiento de protocolos en la amenaza de parto pretérmino, constata que en 36 de los expedientes (72%) tiene relación a la indicación del uso de corticoides, 38 de los expedientes (76%) cumple a cabalidad con el protocolo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo encontrados en las historias clínicas de las adolescentes que tuvieron parto pretérmino fueron; la edad, las patologías más frecuentes infecciones de vías urinarias, anemia, vaginosis; en menor proporción preeclampsia y oligohidramnios
2. El promedio de edad más prevalente durante el período de estudio fue de 14 a 15 años (68%), evidenciando que los programas dirigidos por el primer nivel de atención de salud para fomentar la concientización de las jóvenes que pretenden prevenir embarazos a corta edad constan de falencias en su aplicación.
3. El 93% del personal del servicio gineco-obstétrico del Hospital Delfina Torres de Concha, cumplió con el manejo del protocolo vigente por la institución, disipando en gran parte los riesgos de las jóvenes que terminaron el evento obstétrico en dicha casa de salud. Lo cual refleja la optimización del tiempo y recursos para cada actividad del personal de enfermería.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

A los miembros del equipo de salud permanentes y rotativo del Hospital Delfina Torres de Concha que deben capacitarse continuamente y así mismo poder transmitir los conocimientos adquiridos a través de charlas educativas en las áreas para evitar futuras complicaciones en las gestantes.

Se recomienda a la jefa del personal de enfermería que evalúe de forma continua el servicio prestado por el personal para elevar el nivel de cumplimiento de protocolos de atención en la embarazada.

Proporcionar acceso a la consejería y la obtención de métodos a las adolescentes sexualmente activas, brindando privacidad y confidencialidad con la finalidad de prevenir embarazos a corta edad.

A la universidad que sigan incentivando a los estudiantes a realizar estas investigaciones y que realicen intervenciones en la comunidad adolescentes con charlas educativas abarcando temas de sexualidad y reproducción donde se expongan las alternativas de anticonceptivos y planificación familiar.

Al MSP que continúe capacitando de manera continua al personal de salud con las nuevas estrategias de prevención de embarazo adolescente, así como los protocolos vigentes para afianzar sus conocimientos y conseguir una atención de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asbog, A. B. (s.f.). *Guía de manejo de trabajo de parto pretérmino*. Obtenido de [http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA 5. MANEJO TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA_5_MANEJO_TRABAJO_DE_PARTO_PRETERMINO.pdf)
- Cedeño Intriago, S. P. (Enero-Diciembre de 2013). El embarazo en adolescentes como factor de riesgo asociado al incremento de la morbilidad neonatal en pacientes que acudieron al servicio de obstetricia de la Clínica San Sebastián . Ambato, Ecuador.
- Daniel Romero, H. A. (2016). *Science direct*. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X16302142>
- E., G. M. (2016). *Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) Nefrología al Día*. Obtenido de <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-infecciones-tracto-urinario-4>
- García González, L. (2013). *Anemia ferropénica y embarazo*. España.
- Giancarlo Sante-Farfán, E. S.-R. (Junio de 2016). *Acta Médica Peruana*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000200017&script=sci_arttext
- Gutierrez-Munares, M. E. (2015). Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membranas pretermino. *Revista Médica Panacea*, 3-4.
- Hernández-Pacheco JA, E.-y. S.-A.-T.-C. (2013). Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. . En *Perinatal Reprod Hum* (págs. 27 (4): 262-280).
- Lanza, G. E. (2017). *Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil*. . Archivos de Medicina.
- Luis Alfonso Mendoza Tascón, D. I. (Junio de 2016). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300012&script=sci_arttext
- Maria, C. D. (2016). *Factores de la infección del tracto urinario en gestantes del Centro de Salud Independencia Arequipa*. Obtenido de <http://repositorio.ucs.edu.pe/bitstream/UCS/17/1/cano-diaz-lady.pdf>

- Martínez, M. W. (Diciembre de 2013). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400012
- Mauricio La Rosa, J. L. (octubre de 2014). *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400013&script=sci_arttext&tlng=pt#tab01
- Niño, L. A. (2 de mayo de 2012). Obtenido de
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
- OMS. (2 de mayo de 2012).). *La Alianza para la salud de la Madre el Recién Nacido y*.
Obtenido de
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
- OMS. (2 de mayo de 2012). *La Alianza para la salud de la Madre el Recien Nacido y el Niño*. Obtenido de
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
- Palacios, P. (2016). *Repositorio PUCESE*. Obtenido de
<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/871/1/PEREA%20PALACIOS%20MERCEDES%20DEL%20ROCIO.pdf>
- Perea Palacios, M. D. (2016). *Aplicación de los cuidados de enfermería en*. San Lorenzo.
Quito, J. J. (2016). Obtenido de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4829/1/Parodi_qj.pdf
- Reza, J. C. (2014). *FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO JUAN BAUTISTA AGUIRRE* . Obtenido de
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9712/1/CALDERONjuan.pdf>
- Rodrigo, E. I. (2014). *Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011*. Argentina: Autoridades de la Facultad.
- Rosales, V. M. (2017). *Nivel de Cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto Pre-término en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderó*. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Salud, L. O. (24 de Enero de 2012). Obtenido de http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

Santisteban, T. B. (Marzo de 2014). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

Shapiro-Mendoza, C. K. (2012). *Epidemiology of late and moderate preterm birth*. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*.

Telegrafo, E. (4 de Mayo de 2012). Obtenido de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/51-de-los-bebes-es-prematuro-en-el-pais>

Vintimilla Yunga, M. A. (Cuenca). *Características del tratamiento tocolítico en amenaza*. 2017.

ANEXOS

ANEXO N° 1



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

GUIA ESTADISTICA

TEMA: Factores para partos pretérminos en adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha – Esmeraldas, 2015-2016

OBJETIVO: Determinar los factores para partos pretérminos en adolescentes de 12 a 16 años atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad de Esmeraldas durante el periodo 2015-2016.

FECHA:

| INDICADORES | ITEMS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|------------------------|------------|------------|
| HC POR EDADES | 12 AÑOS | | |
| | 13 AÑOS | | |
| | 14 AÑOS | | |
| | 15 AÑOS | | |
| | 16 AÑOS | | |
| HC POR INSTRUCCION | NINGUNO | | |
| | PRIMARIA | | |
| | SECUNDARIA | | |
| HTC POR ETNIA | NEGRO | | |
| | MULATO | | |
| | MESTIZO | | |
| | BLANCO | | |
| NUMERO DE CONTROLES | NINGUNO | | |
| | 1 – 2 CONTROLES | | |
| | 3 – 4 CONTROLES | | |
| | 5 + CONTROLES | | |
| EDAD GESTACIONAL | 28 – 32 SG | | |
| | 33 – 34 SG | | |
| | 35 – 36 SG | | |
| PATOLOGIAS GINECOOBSTETRICAS | IVU | | |
| | PREECLAMPSIA | | |
| | ANEMIA | | |
| | VAGINOSIS | | |
| VIA DE FINALIZACION DEL PARTO | OLIGOHIDRAMNIOS | | |
| | VAGINAL | | |
| MANEJO TERAPEUTICO | CESAREA | | |
| | TOCOLISIS | | |
| | PROFILAXIS ANTIBIOTICA | | |
| | MADURACION PULMONAR | | |
| CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS | TRATAMIENTO COMPLETO | | |
| | SI | | |
| | NO | | |

Fuente: Paulina Ortiz

ANEXO N° 2



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

ENTREVISTA

TEMA: Factores para partos pretérminos en adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha – Esmeraldas, 2015-2016.

OBJETIVO: Determinar los factores para partos pretérminos en adolescentes de 12 a 16 años atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de la Ciudad de Esmeraldas durante el periodo 2015-2016.

Entrevista con jefa del Centro Obstétrico del Hospital Delfina Torres de Concha

Fecha de entrevista:

1. ¿Cree usted que en el Centro Obstétrico cumplen a cabalidad el protocolo de atención a partos?
2. ¿A través de que mecanismo usted verifica si se cumple o no el protocolo de atención a partos?
3. ¿A qué riesgo considera que se exponen al no cumplir con el protocolo?
4. ¿Capacita a su personal de forma continua?
5. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes con la que ingresan las gestantes adolescentes?

ANEXO N° 3



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

PRESUPUESTO

| RUBROS DEL PRESUPUESTO | COSTO | UNIDADES | C. TOTAL |
|---------------------------------|----------|------------------------------|--------------------|
| | UNIT | | |
| 1.- EQUIPOS Y MATERIALES | | | |
| COMPUTADORA | \$900,00 | 1 | \$900,00 |
| IMPRESORA | \$370,00 | 1 | \$370,00 |
| TINTA PARA IMPRESORA | \$ 40,00 | 4 (NEGRO, ROJO, AZUL, VERDE) | \$160,00 |
| PAPELERIA | 4,00 | 2 | \$8,00 |
| CARPETAS | \$0,50 | 4 | \$2,00 |
| INTERNET | \$0,60 | 20 | \$12,00 |
| ANILLADOS | \$2,00 | 5 | \$10,00 |
| FLASH MEMORY | \$8,00 | 1 | \$8,00 |
| EMPASTADO | \$8,00 | 3 | \$24,00 |
| CD | \$1,00 | 3 | \$3,00 |
| SUBTOTAL 1.- | | | \$1497 |
| 2.- TRANPORTE | \$2,00 | 10 | \$20,00 |
| 3.- PAGOS EN LA UNIVERSIDAD | | | \$1.600.00 |
| 4.- TRADUCTOR | | | \$250,00 |
| 5.- IMPREVISTOS | | | \$200,00 |
| TOTAL | | | \$3.567.000 |

Fuente: Paulina Ortiz

ANEXO N° 4



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

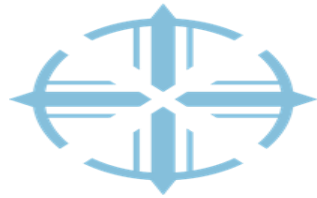
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO: 2017

| ACTIVIDADES | JULIO | | | AGOSTO | | | | SEPTTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | |
|------------------------------------|-------|----|----|--------|----|----|----|-------------|----|----|----|---------|----|----|----|
| | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 |
| Reconocimiento del área de trabajo | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | X | X | X | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos estadísticos | | | | | X | X | | | | | | | | | |
| Correcciones con tutora | | | | | | | X | X | | | | | | | |
| Elaboración del primer borrador | | | | | | | | | X | X | | | | | |
| Correcciones con tutora y lectores | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Elaboración del segundo borrador | | | | | | | | | | | | | X | | |
| Correcciones con tutora y lectores | | | | | | | | | | | | | | X | |
| Exposición de resultados | | | | | | | | | | | | | | | X |

Fuente: Paulina Ortiz

ANEXO N° 5



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| OBJETIVOS | VARIABLES | DESCRIPCION | INDICADORES | ESCALA | INSTRUMENTO |
|--|----------------------------|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Identificar los principales factores que sobresalieron en partos pretérminos en adolescentes de 12 a 16 años | Factores de riesgo | Son el motivo por el cual se presentan las complicaciones en el embarazo tales como: Infecciones de vías urinarias, Anemia, Vaginosis, Preeclampsia, Oligohidramnios, | Factores para partos pretérminos | IVU Anemia Vaginosis Preeclampsia Oligohidramnios | Ficha estadística. Revisión de HC |
| Identificar el promedio de edad que más predomina en el embarazo en adolescente. | Edad | Años cumplidos al momento del parto | Promedio de edad en las adolescentes | 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años | Ficha estadística Revisión de HC |
| Evaluar el nivel de cumplimiento de protocolos por parte del personal de enfermería para determinar el riesgo de partos pretérminos | Cumplimiento de Protocolos | Cumplir con reglamento para atención de partos pretérminos para lograr prevenir la prematuridad | Cumplimiento de protocolos | Si No | Ficha estadística Revisión de HC |