

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL ESCUELA BERTHA CALDERON ROQUE



Trabajo monográfico para optar al título de:
Doctor En Medicina y Cirugía

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON, MANAGUA ABRIL-JUNIO DE 2015.”**

Autores:

- Br. Luis Enmanuel Matamoros Marín
- Br. Cristhian Massiel Obando Salgado

Tutor:

- MSC.MD. José De Los Ángeles Méndez
Ginecoobstetra, Profesor Titular Facultad Ciencias Médicas.

Asesor Metodológico:

- MSC. Pilar Marín Ruiz.
Msc. Metodología Investigación, Docente Unan-Managua.

Managua, Enero de 2018

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis en primer lugar a Dios, a nuestros padres por todo su apoyo, a nuestro Tutor por guiarnos en el camino correcto hacia la culminación de este trabajo, a nuestros maestros a lo largo de todos estos años de estudio que nos brindaron los conocimientos necesarios, a nuestros amigos, a los compañeros de clave, de turno que fueron los que nos acompañaron durante todo este camino.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseamos agradecer a Dios por su amor y bondad que no tienen fin y que nos permite sonreír ante todos nuestros logros que son el resultado de su ayuda y que cuando caemos y nos pone a prueba aprendemos de nuestros errores y nos damos cuenta de que los pone en nuestro camino para que aprendamos de ellos y crezcamos como ser humano, como profesional y en los demás ámbitos de nuestra vida.

También deseamos agradecer a nuestro Tutor, Amigo y un gran mentor el Doctor José Ángel Méndez por todo su apoyo, sus regaños para que fuéramos personas más responsables y todo el conocimiento que nos traspasó en nuestro quinto año de medicina fue como un padre para nosotros.

Finalmente y no menos importante deseamos agradecer a nuestros Padres por todo el apoyo brindado durante estos años de carrera, los desvelos en los que nos acompañaron, la motivación que nos brindaban cuando sentíamos que ya no podíamos más y queríamos desistir, por todo su amor incondicional y por acompañarnos en este logro y en los venideros.

“ Da tu primer paso ahora no importa que no veas el camino completo, solo da el primer paso y el resto del camino ira apareciendo a medida que camines”. M. Luther King

OPINIÓN DEL TUTOR:

El proceso investigativo de un problema de salud, permite buscar soluciones, que puedan modificar, cambiar los resultados nocivos a la salud, y en este caso algo tan vulnerable como lo es el binomio Madre-Hijo.

Los investigadores se propusieron darle respuesta a un problema tan sensible como lo es la Amenaza de parto pretermino y en sus resultados lograron su objetivo.

Reciban los investigadores mis más sinceras muestras de felicitaciones por el deber cumplido.

Atentamente

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez
Tutor

INDICE

CAPITULO I. GENERALIDADES.....	1
I.I INTRODUCCION.....	1
I.II ANTECEDENTES.....	2
I.III JUSTIFICACION.....	4
I.IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
I.V OBJETIVOS.....	6
I.VI MARCO TEORICO.....	7
I.VI.I La Adolescencia.....	7
I.VI.II Embarazo en la Adolescencia.....	8
I.VI.III Amenaza de Parto Pretérmino.....	9
I.VI.IV Riesgo y Factor de Riesgo.....	12
I.VI.V Factores Riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino.....	13
I.VII. HIPOTESIS.....	16
CAPITULO II DESARROLLO.....	17
II.I Material Y Método.....	17
CAPITULO III. RESULTADOS.....	25
III.I ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	41
III.II CONCLUSIONES.....	44
III.III. RECOMENDACIONES.....	45
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFÍA.....	46
CAPITULO V. ANEXOS.....	48



CAPITULO I. GENERALIDADES

I.I INTRODUCCION

El parto pretérmino representa no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediato como a largo plazo, sus complicaciones suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el parto pretérmino es la principal causa de mortalidad neonatal en niños menores de 1 año. Los índices de parto pretérmino oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 40% de todos los partos pretérmino se producen antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. El aporte de estos partos pretérminos a la morbimortalidad perinatal general es superior al 50%.

Existen factores predisponentes para que ocurra la amenaza de parto pretérmino (A.P.P) los cuales los podríamos clasificar en factores preconcepciones (la historia y antecedentes gineco-obstetricos y personales, bajo nivel socioeconómico), factores del embarazo actual (maternos, fetales, complicaciones obstétricas) y finalmente las edades reproductivas muy tempranas o tardías de la vida (≤ 19 o ≥ 40 años de edad).²

En Nicaragua, la proporción de embarazadas que son atendidas por presentar Amenaza de Parto Pretérmino constituye el 18% del total de embarazadas³ y según un estudio del Banco Mundial (BM) en 2010 indico que junto a República Dominicana, Guatemala y Honduras, Nicaragua fue uno de los países con las mayores tasas de fecundidad adolescente en Latinoamérica, al registrar más de 100 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años.

Ahora bien la mayor parte de los nacimientos pretérmino ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa en la morbilidad y mortalidad perinatales. En estos mismos países las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad en mujeres entre los 15 y 19 años de edad.

Bajo el concepto anterior podríamos inferir que la posibilidad de amenaza de parto pretérmino en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionado con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de amenaza de parto pretérmino es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas.

^{1,2} Ministerio Salud Nicaragua /United Nations International Children's Emergency Fund 2011 PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO 2da Edición

³ Estadísticas del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua.

I.II ANTECEDENTES

a) Nivel Internacional.

El nacimiento pretérmino afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. En América Latina la incidencia se eleva hasta un 20%. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50 % de las secuelas neurológicas del recién nacido.⁴

En Venezuela, Díaz y col. afirman que la A.P.P ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. Su relevancia clínica radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil.

Un estudio realizado en Perú entre **1995-1997** por Germain y Oyarsun que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14 701 partos; 2 732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2 523 adolescentes tardías. Se encontró que 2 159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4 % y 9 % en adolescentes tardías.

En otro estudio en Perú en **1998** Germain y col. analizaron la incidencia de infecciones urinarias en la amenazas de parto pretérmino, encontraron un 68,69 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 19 años y menos con 29,59 % de las cuales fueron causa de amenaza de parto pretérmino.

En **2001** Bojanini y Gómez, en Medellín Colombia, concluyeron que las patologías más frecuentes asociadas al embarazo en la adolescencia fueron: eclampsia, partos pretérmino, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones posparto e infección de la herida quirúrgica.

En **2003** Choque en Perú, realizó un estudio retrospectivo sobre la Evolución materna y resultados obstétricos de adolescentes embarazadas, con una muestra de 517 pacientes entre 13 y 19 años de edad, encontrándose que el 12,38 % de las pacientes tenían infecciones del tracto urinario, un 8,9 % padecían de anemia y un 3,29 % hipertensión gestacional, no se observó parto pretérmino en la muestra de las adolescentes embarazadas.

En **2012** un estudio retrospectivo observacional analítico de casos y controles, asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica Perú con una muestra de 107 pacientes. Se usó una significancia estadística de $P < 0,05$ IC 95%.

⁴ Según datos estadísticos Organización Mundial de la Salud Noviembre, 2013.

La edad materna extrema en el estudio <19 años fue el 76. 7% (OR 2.292; IC 0,367-14,323; X2 0.368); el estado civil casada tuvo el 20, 5% (OR 1.963; IC 0,517-7, 452; X2 0.316); 1% tuvieron un nivel de instrucción baja: (OR 4,694; IC 1,598-13,855; X2 0.003); infecciones urinarias (OR 1.350; IC 2, 077-13, 116); vaginosis bacteriana (OR 1.224; IC 0,273-5,464). Nuliparidad (OR 1.012; IC 0,372-2,751); bajo peso al nacer (OR 66,536; IC18, 015-248,746); generalidad (OR 14.23; IC 1,610-129,245).

En un estudio de casos y controles en **2012** en Paraguay se incluyeron 346 pacientes que tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre 2011. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino midiendo OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados: la presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93 IC95% 2,17-62,98), la preclamsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro previo (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino. No se encontró una asociación significativa con la paridad previa, el tabaquismo y la rotura prematura de membranas.

b) Nivel Nacional.

Estudios realizados en **1994** por Aldana Cedeño acerca de los Principales factores de riesgo y patologías asociadas a Morbimortalidad Materna en las embarazadas adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense encontraron que la edad más frecuente que se embarazaban las adolescentes es de 16-18 años, un 60% habían cursado la primaria 69% tenían relaciones de parejas inestables, 40% no se efectuaron control prenatal adecuado, las patologías más frecuentes fueron la anemia, síndrome Hipertensivo gestacional, Infección de vías urinarias.

Un estudio sobre Complicaciones y parto en adolescentes en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe **en el año 2000** encontró que el 90.7% de las adolescentes atendidas eran amas de casa, 51% de las jóvenes eran de áreas urbanas, 30.7 de zonas rurales, encontrándose también que las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron infecciones de vías urinarias, toxemia del embarazo, ruptura de membrana y amenaza de parto prematuro, del total de las pacientes atendidas 33% presentó complicaciones durante el embarazo.

Un estudio realizado en **2011** en Chinandega, sobre los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en adolescente de todos los factores de riesgo, las infecciones cervicovaginales resultaron estadísticamente significativo con IC 95% de 1.20-10.19 y un OR de 3.5, con un valor P de 0.03; de tal forma que las infecciones cervicovaginales son 3.5 veces más frecuentes en las adolescentes embarazadas que presentaron amenaza de parto pretérmino en comparación con las que no presentaron APP.

Un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón en **2013**, sobre factores riesgo de amenaza de parto pretérmino reflejo que la mayor parte de las mujeres se encontraban entre las edades 15-19 y <34 años y entre los principales factores destacaban la presencia de infecciones vías urinarias, infecciones cervicovaginales, controles prenatales incompletos.

I.III JUSTIFICACION

El embarazo durante la adolescencia, es una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente.

Las adolescentes que se embarazan tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y la morbi-mortalidad perinatal y neonatal es mayor en hijos de madres adolescentes. El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces mayor al de un recién nacido a término, con cifras muy variables en función de las semanas de gestación.

Establecer los factores maternos y obstétricos que inciden en la amenaza de parto prematuro en las adolescentes lo consideramos de gran importancia ya que mediante la determinación de estos se puede incidir en ellos y contribuir en cierta medida a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal en el hospital.

Con este estudio se pretende fortalecer las estrategias o programas de prevención secundaria relacionadas con esta entidad clínica y aportar insumos teóricos sobre el comportamiento de esta patología en el Hospital Bertha Calderón Roque para el fortalecimiento de la formación de recursos humanos encargados de la atención a este grupo poblacional y mediante esto contribuir al mejoramiento en la calidad del servicio de salud que se ofrece.

I.IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua la proporción de embarazadas que son atendidas por Amenaza de Parto Pretérmino constituyen el 18%, y representan la segunda causa de consulta, según estadísticas del Hospital Bertha Calderón Roque. El parto pretérmino es el responsable de aproximadamente el 12% de los nacimientos antes de las 37 semanas en el país.

Ante esta situación se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en adolescentes atendidas el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Abril-Junio 2015?

I.V OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar los principales factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino, en adolescentes ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua Abril-Junio 2015.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.
2. Identificar los factores de riesgo preconceptionales y ginecoobstetricos asociados a amenaza de parto pretérmino en las adolescentes en estudio.
3. Describir factores de riesgo del embarazo actual, que se asocien a un incremento en la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino.

I.VI MARCO TEORICO

I.VI.I La Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud 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 consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo 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 las matrices según las diferentes edades a la Adolescencia se le puede dividir en 3 periodos:

1. Adolescencia Temprana (11 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

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 pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

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

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

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

I.VI.II Embarazo en la Adolescencia

Cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años dan a luz cada año según estadísticas de la OMS. En algunos países, es poco probable que las adolescentes obtengan atención calificada antes, durante y después del parto.

Las recomendaciones de la OMS para aumentar el uso de atención calificada antes, durante y después del parto están basadas en un estudio usando el método GRADE, otro sin el método GRADE, las directrices existentes de la OMS, y la experiencia colectiva y el buen juicio de un panel de expertos. Los estudios fueron realizados en Chile y en la India. Una intervención consistió en un programa de visitas domiciliarias destinado a madres adolescentes. La otra fue un plan de transferencia de dinero en efectivo condicional a atenderse el parto en una dependencia de salud.

En su conjunto, estos estudios sugieren que las intervenciones para aumentar el uso de atención calificada antes, durante y después del parto pueden derivar en mejores resultados de salud para las madres adolescentes y sus recién nacidos.

Consecuencias médicas

Para efecto de este estudio algunos factores de riesgo tales como Causas maternas, fetales, socio ambientales, de causas externas en la adolescencia puede traer serias consecuencias y complicaciones prenatales:

- Un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las jóvenes ni acuden directamente a dicha atención ni comunican su situación a sus padres -cuando lo hacen tardan una media de 4 a 5 meses que pasan sin revisión alguna-.
- Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preclamsia y eclampsia.
- El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.
- La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos.
- Algunas jóvenes optan por el aborto inducido a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.
- Es frecuente la anemia en las jóvenes embarazadas.
- En ocasiones el embarazo se produce existiendo Enfermedades de transmisión sexual

- El embarazo adolescente es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten enfermedades como la Espina bífida y el Síndrome de muerte súbita del lactante

Consecuencias psicosociales

Las mayores afectaciones se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, ya que la joven se enfrentara al reto de asumir su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aún no ha consolidado su formación y desarrollo.

Desde el aspecto psicosocial las consecuencias son las siguientes:

- Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.
- Hay quienes deciden tener al hijo siendo solteras, convirtiéndose en madre soltera y convirtiéndose en familia monoparental, enfrentándose, dependiendo de los países, a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia y del entorno y disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.

I.VI.III Amenaza de Parto Pretérmino

La amenaza de parto pretérmino es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm., entre las 22 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación.

Epidemiología

En Europa y muchos países desarrollados la tasa de nacimientos prematuros es generalmente 5-9%, y en los EE.UU. incluso ha aumentado al 12-13% en las últimas décadas. En España, en la Encuesta Nacional de Mortalidad Perinatal realizada en 1995 por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la incidencia de partos pretérmino era de 6.94%.

En Cataluña se ha producido un importante aumento de los porcentajes de prematuridad entre los años 1993, en que se registró una tasa del 5,5%, y 2002 con una tasa del 7.6%. En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, Colombia la frecuencia de prematuridad es del 10.6% cuando se incluye la edad gestacional entre 28 y 36 semanas.

Etiología

Los partos pretérminos pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios: parto pretérmino espontáneo con membranas íntegras (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas íntegras), parto pretérmino asociado a rotura prematura de membranas (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y parto pretérmino por indicación obstétrica (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal: preeclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, RPM).

El parto pretérmino aparece como una afección secundaria a una causa específica, entre las que podemos mencionar:

➤ Causas maternas:

Infecciones cervicovaginales, Infecciones de Vías Urinarias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, ruptura prematura de membranas, enfermedad aguda o crónica, complicaciones obstétricas, sangrado ante parto, edad materna avanzada

➤ Causas Fetales:

Malformaciones fetales, embarazos múltiples, macrosomía, Polihidramnios y TORCH.

➤ Causas socio-ambientales:

Estrés (laboral, psicosocial), ansiedad, tabaquismo, drogadicción

➤ Causas externas: Traumas directos (golpes, caídas, coitos bruscos), Traumas indirectos: desaceleraciones.

Hay muchas causas relacionadas con los nacimientos prematuros. A pesar de ello, la naturaleza de la relación entre las causas y el nacimiento prematuro no están claras.

El parto es un proceso complejo que involucra muchos factores. Se han identificado cuatro diferentes vías que pueden resultar en el nacimiento prematuro y tienen considerable evidencia: activación endocrina fetal precoz, sobredistensión uterina, hemorragia decidual, intrauterina y la inflamación o infección. La activación de una o más de estas vías puede haber ocurrido gradualmente a lo largo de semanas, incluso meses. En la práctica una serie de factores han sido identificados que se asocian con un nacimiento pretérmino, sin embargo, una asociación no establece causalidad.

Factores De Riesgo

Población de riesgo de Parto Pretérmino. Población que presenta un mayor riesgo de parto pretérmino según los siguientes criterios (NIH Perinatal Network + Consenso Comisión):

➤ Embarazo actual:

Infecciones periodontales, infecciones genito-urinarias durante la gestación, gestación múltiple actual, metrorragia segunda mitad del embarazo, polihidramnios, bacteriuria asintomática, rotura prematura de membranas, DIU concomitante con el embarazo, longitud del cérvix menor de 25mm (Ultrasonido transvaginal), desprendimiento pretérmino de placenta, índice de masa corporal menor de 20, permanencia de pie mayor de 2 horas.

➤ Embarazo previo:

Parto pretérmino previo hasta 35 semanas de edad gestacional, antecedentes de Isquemia placentaria, antecedentes de rotura prematura de membranas, antecedentes de Incompetencia cervical.

Diagnóstico.

Los pilares fundamentales para el diagnóstico son:

- ✓ Edad gestacional.
- ✓ Características de las contracciones.
- ✓ Estado del cuello uterino.
- ✓ La valoración fetal y datos complementarios

Características Clínicas

- ✓ Gestación entre 22 y 36 semanas a partir de la fecha de última menstruación confiable. Para confirmar el diagnóstico, se debe apoyar y/o correlacionarse los aspectos clínicos y de gabinete (Ultrasonografía).
- ✓ Si existe duda sobre la fecha de la última menstruación o ésta se desconoce, el peso y la madurez fetal son los signos de mayor importancia.
- ✓ La medida de la altura uterina (cuando no dispongamos de ultra sonido) y la biometría (medición de antropometría fetal) por ultrasonografía cuando exista un ultra sonido previo de referencia son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo pretérmino.
- ✓ Síntomas: sensación de peso en hipogastrio, puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no a la región lumbo-sacra.

- ✓ Signos: salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento, contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas comprobadas clínicamente y/o registros electrónicos de frecuencia 1 cada 10 minutos con duración palpatoria de 30 segundos y que están presentes durante un lapso de 60 minutos o más, también hay modificaciones cervicales con dilatación menor de 3cm.
- ✓ Presencia de contracciones uterinas regulares (dos ó más contracciones en 10 minutos) más de 6 en una hora.

Modificaciones Cervicales:

- Amenaza de parto pretérmino:

Borramiento del cérvix 50% o menos y con una dilatación menor de 3cm.

- Inicio del trabajo de parto:

- ✓ En Nulíparas:

Borramiento del 100% y Dilatación de 3cms y 34 contracciones en 10 minutos de 40 a 45 segundos de duración.

- ✓ En Multíparas:

Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4cms y 34 contracciones en 10 minutos de 40 a 45 segundos de duración.

- Trabajo de parto pretérmino:

Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal.

I.VI.IV Riesgo y Factor de Riesgo

Riesgo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define Riesgo como aquellas situaciones que pueden romper el equilibrio entre los estados físico, mental y social de las personas.

Mientras que la Real Academia Española (RAE) define riesgo como contingencia o proximidad de un daño, entiéndase por contingencia la posibilidad de que pueda suceder o no un suceso determinado.

Factor De Riesgo

La OMS define factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Los Factores de riesgo contribuyen de manera sustancial con la morbimortalidad de las enfermedades no transmisibles.

Contar con un sistema de información válido y confiable sobre la prevalencia y tendencias de factores de riesgo es vital para el diseño y monitoreo de políticas de promoción de la salud y prevención orientadas a su control.

I.VI.V Factores Riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino

Si bien existen diversos factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino para fines prácticos en este estudio los dividiremos en a) Factores Preconcepcionales y Ginecoobstetricos y b) Factores del Embarazo Actual.

Factores Riesgo Preconcepcionales para A.P.P

El riesgo preconcepcional se conoce como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ya sea ella o su producto, durante el proceso de la reproducción. Es decir, son las condiciones pre-existentes que incrementan la probabilidad de complicaciones o daño, esto está condicionado por diversos factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas las mismas que pueden repercutir de manera desfavorable en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero si debemos tener en cuenta una serie de criterios los que nos ayuden a su identificación.

- Antecedentes biológicos: Edad (≤ 19 o ≥ 40 años), bajo Índice Masa Corporal
- Antecedentes obstétricos: Antecedentes de Aborto, defunciones neonatales, defunciones fetales, incompetencias cervicales, Antecedentes de Ruptura Prematura de Membrana, Intervalo Intergenesicos Cortos.
- Patologías asociadas: Asma, Endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, HTA, Diabetes, anemia y otras.
- Antecedentes socio ambientales: Bajo nivel de escolaridad, hábitos tóxicos por alcoholismo, hábitos tóxicos por tabaquismo, consumo de drogas.

Factores riesgo Embarazo Actual para A.P.P

1) Factores maternos

- ✓ Estrés
- ✓ Bajo Índice Masa Corporal
- ✓ Anemia
- ✓ Infección de Vías Urinarias
- ✓ Infecciones Cervicovaginales
- ✓ Infecciones Periodontales

B) Factores durante el embarazo

- ✓ Número de Controles Prenatales (CPN)
- ✓ Violencia Intrafamiliar
- ✓ Incremento de Peso durante el embarazo
- ✓ Embarazos Múltiples (mellizos, trillizos, etc.)
- ✓ Metrorragia en 2 mitad embarazo
- ✓ Ruptura Prematura de Membrana
- ✓ Polihidramnios u Oligohidramnios
- ✓ Pre-eclampsia

Varios estudios sugieren que el exceso de estrés puede aumentar el riesgo de parto pretérmino. Algunos eventos y trastornos en la madre pueden contribuir a un parto prematuro. Un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación así como el ser madre soltera.

El intervalo entre embarazos hace una diferencia ya que las mujeres con un período de 6 meses o menor entre un embarazo y el siguiente tienen un aumento del doble en partos prematuros.

Los estudios sobre el tipo de parto y la actividad física han dado resultados contradictorios, pero se consideró que las condiciones estresantes, el trabajo laborioso, largas horas laborales tienen una probable asociación con la prematuridad. Los pacientes que han tenido abortos inducidos en el pasado han demostrado tener un mayor riesgo de nacimientos pretérminos sólo si la terminación se realizó quirúrgicamente, pero no por vías médicas.

La adecuada nutrición materna es importante, pues las mujeres con un bajo índice de masa corporal tienen un mayor riesgo de prematuridad. Además, las mujeres con un estado nutricional deficiente también pueden estar deficientes en vitaminas y minerales. Una nutrición adecuada es fundamental para el desarrollo del feto y una dieta baja en grasas saturadas y colesterol puede ayudar a reducir el riesgo de un parto prematuro.

Las mujeres con antecedentes de partos prematuros están en mayor riesgo de recurrencia a un ritmo del 15-50% dependiendo del número de acontecimientos previos. En cierta medida, estas son madres que suelen tener condiciones subyacentes crónicas, es decir, malformación uterina, hipertensión o diabetes.

Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) son un factor importante asociado al nacimiento prematuro. Un estudio multicéntrico de la prematuridad encontró que el 54% de los gemelos nacieron prematuros frente a 9,6% de los partos simples.

Las condiciones de salud materna aumentan el riesgo de prematuridad y, a menudo, el parto ha de ser inducido por razones médicas, tales condiciones incluyen la presión arterial alta, la preeclampsia, la diabetes materna, el asma, la enfermedad de la glándula tiroides, y enfermedades del corazón.

Hay una serie de trastornos anatómicos en ciertas mujeres que evitan que el bebé llegue a término. Algunas mujeres tienen un débil o cortó cuello uterino (el más fuerte predictor de un parto prematuro). El cuello uterino también se puede ver comprometido por conización cervical anterior u otras formas de escisión.

En mujeres con malformaciones uterinas pierden la capacidad para mantener el embarazo lo cual conlleva a un trabajo de parto prematuro. Las mujeres con sangrado vaginal durante el embarazo tienen un riesgo mayor de partos prematuros. Si bien las hemorragias en el tercer trimestre pueden ser una señal de placenta previa o desprendimiento placentario - las cuales se producen frecuentemente de manera prematura - incluso el sangrado en meses iniciales no causado por estos dos trastornos se vincula a una mayor tasa de prematuridad.

Las mujeres con cantidades anormales de líquido amniótico, como el polihidramnios u el oligohidramnios también están en situación de riesgo. Por último, el consumo de tabaco, cocaína, y el exceso de alcohol durante el embarazo también aumenta el riesgo de un parto pretérmino. El tabaco es la droga más comúnmente usada durante el embarazo y también contribuye de manera significativa al parto de un recién nacido de bajo peso al nacer.

I.VII. HIPOTESIS

Ho: No existen Factores de Riesgo asociados a la Amenaza de Parto Pretérmino en las Adolescentes.

Ha: Existen Factores de Riesgo asociados a la Amenaza de Parto Pretérmino en las Adolescentes.

CAPITULO II DESARROLLO

II.I Material Y Método

II.I.I Tipo y Área de Estudio:

Tipo de estudio:

Es un estudio **analítico de Casos y controles**

Área de estudio:

El estudio se realizó en el servicio de obstetricia del Hospital Bertha Calderón, en la sala de alto riesgo obstétrico entre Abril y Junio del 2015.

II.I.II Universo y Muestra:

Universo:

Todas las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón entre Abril y Junio de 2015 equivalente a 264 adolescentes.

Unidad de análisis:

Adolescentes ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO) del Hospital Bertha Calderón Roque con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino equivalente a 84 adolescentes.

Muestra:

Estimación del tamaño de la muestra

Primera fase: Estimación del tamaño mínimo necesario para realizar el estudio caso-control:

Debido a que el número de casos disponibles (mujeres adolescentes con amenaza de parto pretérmino) fue menor que el número de controles (mujeres adolescentes sin amenaza de parto pretérmino), se aplicó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde $c = m/n$ es el número de controles por cada caso. Así, el número de controles vendría dado por $m = c \times n$.

La muestra estimada fue la siguiente:

Casos: 42

Controles: 84

Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

Frecuencia de exposición entre los casos	0.40
Frecuencia de exposición entre los controles	0.75
Odds ratio a detectar	2
Nivel de seguridad	0.95
Potencia	0.80
Número de controles por caso	2
p1	0.40
p2	0.75
OR	2
<u>TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO</u>	126
Casos	42
Controles	84

II.I.III Criterios de Inclusión y Exclusión:

DEFINICION DE CASO:

Adolescente que presentó características clínicas de amenaza de parto pretérmino en el período de estudio con edad gestacional entre 22 y 36 6/7 semanas de gestación, y que se diagnosticó según la definición para esta patología en el protocolo de emergencias obstétricas del Ministerio de salud.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
La información necesaria se encuentra completa en el expediente clínico.	Información incompleta en los expedientes clínicos.

DEFINICION DE LOS CONTROLES:

Adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años que no presenten amenaza de parto pretérmino, que hayan sido atendidas en el hospital Bertha Calderón en el periodo en estudio. Para la selección de los controles, se escogió el control que sea atendido en la hora y fecha cercana al caso detectado.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Información completa en el expediente clínico	Información incompleta en el expediente clínico.

II.I.IV Consentimiento Institucional.

La investigación científica fue posible, gracias a la aprobación de la solicitud realizada a las autoridades de la unidad de salud del Hospital Bertha Calderón, (Sub Dirección de Docencia) quienes dieron el consentimiento para que esta investigación se llevara a cabo. Se adjunta carta de consentimiento institucional en anexos.

II.I.V Consideraciones Éticas

Se respetó el sigilo y confidencialidad de las pacientes del estudio y dado que no es un estudio experimental no se transgreden los principios éticos establecidos para investigaciones biomédicas. No se comprueba la existencia de conflictos de interés del autor de la investigación.

Al finalizar el estudio y después de haber presentado resultados, se procedió a la preparación final de un reporte. No se presentó información individual y toda la información es confidencial, y en la base de datos no se registraron nombres ni de doctores ni de pacientes. Solo el equipo investigador tuvo acceso a la base de datos original.

II.I.VI Métodos y Técnicas para la recolección de la información.

Selección de sujetos para el estudio

Para la selección de los individuos se siguió un procedimiento aleatorio. La identificación de los casos y los controles se llevó a cabo de una forma retrospectiva, mediante la revisión de expedientes comprendidos entre los meses de abril-junio de 2015.

Se hizo una selección aleatoria de los días, y luego se estudiaron todas las mujeres que fueron atendidas en el día seleccionado.

Se revisaron los expedientes del total de mujeres atendidas e ingresadas durante el día en el hospital y se identificaron todas aquellas mujeres que cumplían con los criterios de selección.

Todos los procedimientos se realizaron con el programa PASS STATTICS versión18 para Windows.

Selección de sujetos para el estudio caso-control

Una vez finalizada la selección, se procedió a investigar todos los casos identificados y el grupo de controles se identificó a partir de una selección aleatoria de todas las mujeres que no presentaron Amenaza de parto pretérmino, tomando en cuenta el número mínimo de controles requeridos para el estudio. Todos los procedimientos se realizaron con el programa PASS STTATICS versión 18 para Windows.

Tipo de fuente

Secundaria

Técnicas y procedimientos

Una vez identificados los sujetos seleccionados, se revisaron los expedientes de dichos pacientes y se llenó a partir de la información encontrada una ficha de recolección previamente elaborada y validada

La ficha de recolección de información está representada por un formato estructurado, conteniendo las variables relevantes para cada objetivo.

II.I.VII Plan de Tabulación y Análisis

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento o ficha de recolección fue introducida en una base de datos utilizando el programa PASS STTATICS versión 18 para Windows.

Análisis multivariado: Evaluación del riesgo

La fuerza de la asociación se evaluó usando como medida de efecto (measure of effects) la “razón de probabilidades” (desigualdad relativa; Odds Ratio, OR), la cual fue calculada a través del programa PASS STTATICS versión 18 también se utilizaron pruebas estadísticas como la Chi cuadrado y P.

En un primer momento se incluyeron las variables de forma individual (análisis bivariado) y se obtuvo un OR para cada variable (OR no ajustado), y en un segundo momento se incluyó todas las variables (análisis multivariado) de forma simultánea en el modelo (modelo de regresión logística, es decir que el OR resultante para cada variable es un OR ajustado por cada una de las variables restantes.

Por efectos de presentación se utilizó el paquete estadístico de Microsoft Excel 2013 para generar y representar en cuadros y gráficos de barra simple y en 3D la información. También se hizo un informe escrito en Microsoft office Word 2013, y para la presentación de este trabajo se hizo en Microsoft office Power Point 2013.

Lista de variables por cada objetivo:

VARIABLES

Categorizar variable dependiente (efecto en este caso amenaza de parto prematuro) y variables independientes (causa en este caso factores de riesgo)

- Objetivo Especifico 1. Analizar los factores de riesgo socio demográficos de las pacientes sujetas a Estudio.
 - ✓ Edad materna Escolaridad
 - ✓ Procedencia Estado civil
 - ✓ Ocupación

- Objetivo Especifico 2. Conocer los factores de riesgo preconceptionales que se asocien a un incremento de APP en las adolescentes en estudio.
 - ✓ Paridad Ant. Parto Gemelar
 - ✓ Antecedentes Patológicos Tabaquismo
 - ✓ Ingesta de Licor Consumo de Drogas
 - ✓ Antecedentes Ginecoobstetricos

- Objetivo Especifico 3. Identificar los factores de riesgo durante el embarazo actual que se asocian a un incremento de la ocurrencia de APP.
 - ✓ Número de CPN Incremento de peso
 - ✓ Violencia Intrafamiliar Infecciones periodontales
 - ✓ Infección de vías urinarias Infección cervicovaginal
 - ✓ Embarazo múltiple actual Ruptura Prematura Membrana
 - ✓ Metrorragia en 2da mitad del embarazo Anemia
 - ✓ Polihidramnios

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	Valor/Escala
OBJETIVO ESPECIFICO 1			
Edad Materna	Años que tiene la mujer al momento del estudio.	Años cumplidos	11-15 16-19
Escolaridad	Nivel de preparación académica alcanzado por la adolescente.	Según Expediente Clínico	Analfabeta Alfabeta
Procedencia	Lugar de donde viene o habita la adolescente.	Según Expediente Clínico	Urbana Rural
Estado Civil	Condición social de la adolescente como parte de una pareja.	Según Expediente Clínico	Soltera Acompañada
Ocupación	Actividad, remunerada o no, a la que se dedica la adolescente al momento del estudio.	Según Expediente Clínico	Ama de casa Estudiante Otro
OBJETIVO ESPECIFICO 2			
Paridad	Número de partos que haya tenido anteriormente	Numero partos	Primípara Multípara
Antecedente Parto Gemelar	Historia previa de parto múltiple.	Antecedente	Si No
Antecedentes Patológicos Personales	Presencia de Enfermedades concomitantes con el individuo que se asocian con la aparición de Amenaza Parto Pretérmino.	Según Expediente clínico	Si No
Hábitos Tóxicos	Utilización de sustancias dañinas para adolescente y el producto. Entre ellos Cigarrillos, alcohol, o drogas.	Según expediente clínico	Si No

Abortos	Expulsión o extrusión de un embrión o feto no viable menor de 20 semanas, y/o menor de 500g.	Antecedente	Si No
Cesáreas	Extracción del feto, placenta y membranas ovulares, a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina, realizada previo al embarazo actual	Antecedente	Si No
Óbito Fetal	Muerte Fetal en el útero materno antes del nacimiento	Antecedente	Si No
Intervalo Intergenésico Corto	Periodo de tiempo inferior a 2 años entre un embarazo y el próximo.	Antecedente	Si No
OBJETIVO ESPECIFICO 3			
Controles Prenatales	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto ocurra en óptimas condiciones.	# CPN	Eficiente Deficiente
Ganancia de peso materno	Aumento de peso de la madre en relación a su peso al inicio del embarazo.	Aumento peso	Adecuado Inadecuado
Violencia intrafamiliar	Tipo de agresión sea física o psicológica durante el embarazo actual	Presencia	Si No
Infecciones periodontales	Infección periodontal dx en la adolescente al ingreso u hospitalización la cual puede causar APP.	Presencia	Si No No registrada

Infección de Vías Urinarias	Toda adolescente que se le diagnostique Infección de vías urinarias al ingreso u hospitalización	Presencia	Si No
Infección cervicovaginales	Aumento de las secreciones vaginales, que se vuelve patológica.	Presencia	Si No
Embarazo múltiple	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos	Presencia	Si No
Ruptura Prematura de Membranas	Solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto.	Presencia	SI NO
Hipertensión gestacional	Incremento sostenido de la presión arterial por encima de 139/90mmHg durante el embarazo sin HTA previa.	Presencia	Si No
Anemia	Patología que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.	Presencia	Si No
Diabetes gestacional	Incremento de los niveles de glucosa en sangre asociado al embarazo	Presencia	Si No
Polihidramnios	Aumento del líquido amniótico por arriba de valor normal causando sobre distensión uterina que conlleve a APP en la adolescente	Presencia	Si No

CAPITULO III. RESULTADOS

En la investigación “**Factores de riesgo asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en Adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón, Managua, Abril a Junio 2015**”, se estudiaron un total de 126 pacientes (42 casos y 84 controles) a través de expedientes clínicos y mediante una ficha de evaluación. Cuyos resultados fueron los siguientes:

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

En relación a los grupos etarios encontramos que de la muestra de 42 casos y 84 controles se distribuyeron de la siguiente manera; El grupo de 11-15 años con un total de 9 casos (21.4%) en el grupo 16-19 años con 33 casos (78.6%); los controles se distribuyeron para el grupo de 11-15 años con un total de 20 controles (24%) en el grupo de 16-19 años con 64 controles (76%).

En relación a la escolaridad encontramos en los casos que 3 son Analfabeta (7.1%) y 39 casos alfabetas (92.9%); los controles se distribuyeron de la siguiente manera 8 analfabetas (9.5%) y 76 alfabetas (90.5%)

En lo que respecta a la Procedencia en los casos 38 son área urbana (90.5%) y 4 área rural (9.5%); en los controles 68 son área urbano (81%) y 16 área rural (19%).

En lo referente a la ocupación en los casos 40 son amas de casa (95%) y 2 son estudiantes (5%); en los controles 64 son amas de casa (76%) y 20 estudiantes (24%).

En relación al estado civil en los casos 22 son solteras (52.4%) y 20 acompañadas (47.6%); en los controles 32 son solteras (38%) y 52 acompañadas (62%). Ver tabla No.1

Tabla No.1

Características Sociodemográficas de las Adolescentes con factores de Riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino Managua Abril-Junio de 2015

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS		MUESTRA				TOTAL	
		CASOS		CONTROLES			
		N	%	N	%	N	%
Edad	11-15 años	9	21.4%	20	24%	29	23%
	16-19 años	33	78.6%	64	76%	97	77%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Escolaridad	Analfabeta	3	7.1%	8	9.5%	11	8.7%
	Alfabeta	39	92.9%	76	90.5%	115	91.3%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Procedencia	Urbano	38	90.5%	68	81%	106	84%
	Rural	4	9.5%	16	19%	20	16%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Ocupación	Ama Casa	40	95%	64	76%	104	82.5%
	Estudiante	2	5%	20	24%	22	17.5%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Estado Civil	Soltera	22	52.4%	32	38%	54	43%
	Acompañada	20	47.6%	52	62%	72	57%
Total		42	100%	84	100%	126	100%

Fuente. Expediente Clínico

FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES Y GINECOOBSTETRICOS

Al analizar los Factores de riesgo preconcepcionales y ginecoobstetricos podemos observar en lo que respecta a la Paridad en los casos que 32 casos son Nulíparas (76%) y 10 casos Multípara (24%); para los controles 44 controles son nulíparas (52%) y 40 controles multíparas (48%).

En lo referente a los antecedentes de Amenaza de Parto Pretérmino en los casos 14 casos tuvieron antecedentes (33%) y 28 casos no tuvieron antecedentes (67%); para los controles 10 controles tuvieron antecedentes (12%) y 74 controles no tuvieron antecedentes (88%).

En lo que respecta a los Antecedentes personales patológicos en los casos 10 casos tuvieron antecedentes (24%) y 32 casos no tuvieron (76%); para los controles 26 controles presentaron antecedentes (30%) y 58 controles no presentaron antecedentes (70%)

En lo referente a la ingesta de licor en los casos 2 casos consumían licor (5%) y 40 casos no lo consumían (95%); para los controles 6 controles consumían licor (7.1%) y 78 controles no lo consumían (92.9%).

En lo que respecta al fumado en los casos 1 caso fumaba (2.4%) y 41 casos no fumaban (97.6%); para los controles 9 controles fumaban (10.7%) y 75 controles no fumaban (89.3%).

En lo referente a los antecedentes de parto gemelar en los casos no hubieron antecedentes en los 42 casos (100%); para los controles hubieron antecedentes en 3 controles (3.6%) y no hubieron antecedentes en 81 controles (96.4%) Ver tabla No.2

Tabla 2

Factores de Riesgo Preconcepcionales y Ginecoobstetricos de las Adolescentes con factores de Riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino Managua Abril-Junio de 2015

FACTORES RIESGO PRECONCEPCIONALES Y GINECOOBSTETRICOS		MUESTRA				TOTAL	
		CASOS		CONTROLES		N	%
		N	%	N	%		
Paridad	Nulípara	32	76%	44	52%	76	60.3%
	Múltipara	10	24%	40	48%	50	39.7%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Antecedentes de APP	Si	14	33%	10	12%	24	19%
	No	28	67%	74	88%	102	81%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Antecedentes Personales Patológicos	Si	10	24%	26	30%	36	28.6%
	No	32	76%	58	70%	90	71.4%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Ingesta Licor	Si	2	5%	6	7.1%	8	6.3%
	No	40	95%	78	92.9%	118	93.7%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Fumado	Si	1	2.4%	9	10.7%	10	8%
	No	41	97.6%	75	89.3%	116	92%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Antecedente de Parto Gemelar	Si	0	0%	3	3.6%	3	2.4%
	No	42	100%	81	96.4%	123	97.6%
Total		42	100%	84	100%	126	100%

Fuente. Expediente Clínico

FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO ACTUAL

Al analizar los factores de riesgo en el embarazo actual podemos observar en lo que refiere a los controles prenatales en los casos que 18 fueron satisfactorios (43%) y 24 fueron insatisfactorios (57%); para los controles 40 fueron satisfactorios (48%) y 44 fueron insatisfactorios (52%).

En lo que refiere al incremento de peso en los casos en 34 casos fue adecuado (81%) y en 8 inadecuado (19%); para los controles en 52 controles fue adecuado (62%) y en 32 controles fue inadecuado (38%).

Con respecto a las infecciones periodontales en los casos 14 casos presentaron infecciones (33%) y 28 casos no presentaron (67%); para los controles 12 presentaron infecciones periodontales (15%) y 72 no presentaron (85%).

En lo que refiere a las infecciones de vías urinarias en los casos 31 presentaron infección (74%) y 11 casos no presentaron (26%); para los controles 36 presentaron infecciones urinarias (43%) y 48 no presentaron infección (57%).

Con respecto a las infecciones cervicovaginales en los casos 35 casos presentaron (83%) y 7 casos no presentaron (17%); para los controles 36 controles presentaron (43%) y 48 controles no presentaron (57%).

En lo que refiere al Poli hidramnios para los casos 3 presentaron (7%) y 39 casos no presentaron (93%); para los controles 12 controles presentaron (14%) y 72 controles no presentaron (86%). Ver tabla No.3 a

Tabla 3.a

Factores de Riesgo embarazo actual de las Adolescentes con factores de Riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino Managua Abril-Junio de 2015

FACTORES RIESGO EN EL EMBARAZO ACTUAL		MUESTRA				TOTAL	
		CASOS		CONTROLES			
		N	%	N	%	N	%
Control Prenatal	Satisfactorio	18	43%	40	48%	58	46%
	Insatisfactorio	24	57%	44	52%	68	54%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Incremento Peso							
Incremento Peso	Adecuado	34	81%	52	62%	86	68.3%
	Inadecuado	8	19%	32	38%	40	31.7%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Infecciones Periodontales							
Infecciones Periodontales	Si	14	33%	12	15%	26	20.6%
	No	28	67%	72	85%	100	79.4%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Infecciones Vías Urinarias							
Infecciones Vías Urinarias	Si	31	74%	36	43%	67	53.1%
	No	11	26%	48	57%	59	46.9%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Infecciones Cervicovaginales							
Infecciones Cervicovaginales	Si	35	83%	36	43%	71	43.7%
	No	7	17%	48	57%	55	56.4%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Polihidramnios							
Polihidramnios	Si	3	7%	12	14%	15	12%
	No	39	93%	72	86%	111	88%
Total		42	100%	84	100%	126	100%

Fuente. Expediente Clínico

Siempre dentro de los factores de riesgo en el embarazo actual para la ruptura prematura de membrana (RPM) encontramos para los casos que 18 casos presentaron RPM (43%) y 24 casos no presentaron (57%); para los controles 4 controles presentaron RPM (5%) y 80 controles no presentaron (95%).

En lo que respecta a la amenaza de parto pretérmino previa en los casos encontramos que 31 casos (74%) presentaron APP previa y 11 casos no presentaron (26%); para los controles 12 controles presentaron APP previa (14%) y 72 controles no presentaron (86%).

Con relación al DIU concomitante con el embarazo encontramos en los casos que 42 casos no presentaron (100%); para los controles 2 controles presentaron DIU concomitante con el embarazo (2.4%) y 82 no presentaron (97.6%).

En lo que respecta al retraso del crecimiento intrauterino (CIUR) en los casos encontramos que 12 casos presentaron CIUR (28.6%) y 30 casos no presentaron (71.4%); para los controles 17 controles presentaron CIUR (20.2%) y 67 no presentaron (79.8%).

Con relación a la violencia intrafamiliar en los casos los 42 casos no presentaron (100%); para los controles 16 presentaron V.I.F (19%) y 68 no presentaron (81%).

En lo que respecta al embarazo múltiple en los casos 1 caso presento (2.4%) y no presentaron 41 casos (97.6%); para los controles 13 controles presentaron embarazo múltiple (15.5%) y no presentaron 71 controles (84.5%).

Con relación a la metrorragia en la 2 mitad del embarazo en los casos 1 caso presento (2.4%) y 41 casos no presentaron (97.6%); para los controles 5 controles presentaron (6%) y 79 controles no presentaron (94%). Ver tabla 3b

Tabla 3.b

Factores de Riesgo embarazo actual de las Adolescentes con factores de Riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino Managua Abril-Junio de 2015

FACTORES RIESGO EN EL EMBARAZO ACTUAL		MUESTRA				TOTAL	
		CASOS		CONTROLES			
		N	%	N	%	N	%
RPM	Si	18	43%	4	5%	22	17.5%
	No	24	57%	80	95%	104	82.5%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
APP Previa	Si	31	74%	12	14%	43	34.1%
	No	11	26%	72	86%	83	65.9%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
DIU Concomitante con el embarazo	Si	0	0%	2	2.4%	2	1.6%
	No	42	100%	82	97.6%	124	98.4%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
CIUR	Si	12	28.6%	17	20.2%	29	23%
	No	30	71.4%	67	79.8%	97	77%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Violencia Intrafamiliar	Si	0	0%	16	19%	16	12.8%
	No	42	100%	68	81%	110	87.3%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Embarazo Múltiple	Si	1	2.4%	13	15.5%	14	11.1%
	No	41	97.6%	71	84.5%	112	88.9%
Total		42	100%	84	100%	126	100%
Metrorragia en la 2 mitad del embarazo	Si	1	2.4%	5	6%	6	5%
	No	41	97.6%	79	94%	120	95%
Total		42	100%	84	100%	126	100%

Fuente. Expediente Clínico

ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Al analizar la asociación entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino encontramos que para la Edad hay una P: 0.098 con un OR 0.873 (IC: 0.35-2.12) y una chi cuadrado de 0.90 con un IC 95%.

En lo que respecta a la escolaridad podemos observar que obtuvimos una P: 0 con un OR: 0.475 (IC: 0.096-2.34) y una chi cuadrado de 0.896 con un IC 95%

Con relación a la procedencia obtuvimos una P: 0 con un OR: 2.235 (IC: 0.697-7.16) con una chi cuadrado de 1.902 con un IC 95%.

En lo que respecta a la ocupación obtuvimos una P: 0 con un OR: 6.25 (IC: 1.38-28.18) con una chi cuadrado de 7.049 con un IC 95%.

Con relación al estado civil obtuvimos una P: 0.126 con un OR: 1.78 (0.84-3.77) con una chi cuadrado de 2.33 con un IC 95%. Ver tabla No.4

Tabla 4

Asociación entre datos Sociodemográficos de las Adolescentes y la para Amenaza de Parto Pretérmino Managua
Abril-Junio de 2015

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICO		CASO	CONTROL	P	OR	Chi Cuadrado
EDAD	11-15 años	9	20	0.098	0.873 IC: 0.35-2.12	0.90 gl:1 IC:95%
	16-19 años	33	64			
ESCOLARIDAD	Alfabeta	3	8	0	0.475 IC: 0.096-2.34	0.869 gl:1 IC:95%
	Analfabeta	39	76			
PROCEDENCIA	Urbano	38	68	0	2.235 IC: 0.697-7.16	1.902 gl:1 IC:95%
	Rural	4	16			
OCUPACION	Ama de Casa	40	64	0	6.25 IC: 1.38-28.18	7.049 gl:1 IC:95%
	Estudiante	2	20			
ESTADO CIVIL	Soltera	22	32	0.126	1.78 IC: 0,84-3.77	2.33 gl:1 IC: 95%
	Acompañada	20	52			

Fuente. Expediente Clínico

Al analizar la asociación entre los factores de riesgo preconceptionales y ginecoobstetricos con la Amenaza de parto pretérmino obtuvimos que la paridad presenta una P: 0 con un OR: 4.706 (IC: 2.04-10.82) con una chi cuadrado de 14.318 con un IC 95%.

En lo que respecta a los antecedentes de una APP previa obtuvimos una P: 0.678 con un OR: 1.25 (IC: 0.56-2.77) y una chi cuadrado de 0.301 con un IC 95%.

Con relación a los antecedentes personales patológicos obtuvimos una P: 0.512 con un OR: 0.697 (IC: 0.299-1.627) con una chi cuadrado de 0.700 con un IC 95%.

En lo que respecta a la ingesta de licor obtuvimos una P: 0 con un OR: 0.650 (IC: 0.125-3.368) con una chi cuadrado de 0.267 con un IC 95%

Con relación al fumado obtuvimos una P: 0 con un OR: 0.203 (IC: 0.025-1.661) con una chi cuadrado de 2.661 con un IC 95%

En lo que respecta a los antecedentes de parto gemelar obtuvimos una P:0 con un OR: 1.519 (IC: 1.337-1.725) con una chi cuadrado de 1.537 con un IC 95% Ver tabla 5

Tabla 5. Asociación entre Factores de Riesgo Preconcepcionales y Ginecoobstetricos de las Adolescentes y la Amenaza de Parto Pretérmino Managua Abril-Junio de 2015

FACTORES RIESGO PRECONCEPCIONALES Y GINECOOBSTETRICOS		CASO	CONTROL	P	OR	Chi Cuadrado																																														
Paridad	Nulípara	32	44	0	4.706 IC: 2.04-10.82	14.318 gl:1 IC:95%																																														
	Múltipara	10	40				Antecedentes de APP	Si	14	10	0.678	1.25 IC:0.56-2.77	0.301 gl:1 IC:95%	No	28	74	Antecedentes Personales Patológicos	Si	10	26	0.512	0.697 IC:0.299-1.627	0.700 gl:1 IC:95%	No	32	58	Ingesta licor	Si	2	6	0	0.650 IC:0.125-3.368	0.267 gl:1 IC:95%	No	40	78	Fumado	Si	1	9	0	0.203 IC: 0.025-1.661	2.661 gl:1 IC: 95%	No	41	75	Antecedente de Parto Gemelar	Si	0	3	0	1.519 IC: 1.337-1.725
Antecedentes de APP	Si	14	10	0.678	1.25 IC:0.56-2.77	0.301 gl:1 IC:95%																																														
	No	28	74				Antecedentes Personales Patológicos	Si	10	26	0.512	0.697 IC:0.299-1.627	0.700 gl:1 IC:95%	No	32	58	Ingesta licor	Si	2	6	0	0.650 IC:0.125-3.368	0.267 gl:1 IC:95%	No	40	78	Fumado	Si	1	9	0	0.203 IC: 0.025-1.661	2.661 gl:1 IC: 95%	No	41	75	Antecedente de Parto Gemelar	Si	0	3	0	1.519 IC: 1.337-1.725	1.537 gl:1 IC:95%	No	42	81						
Antecedentes Personales Patológicos	Si	10	26	0.512	0.697 IC:0.299-1.627	0.700 gl:1 IC:95%																																														
	No	32	58				Ingesta licor	Si	2	6	0	0.650 IC:0.125-3.368	0.267 gl:1 IC:95%	No	40	78	Fumado	Si	1	9	0	0.203 IC: 0.025-1.661	2.661 gl:1 IC: 95%	No	41	75	Antecedente de Parto Gemelar	Si	0	3	0	1.519 IC: 1.337-1.725	1.537 gl:1 IC:95%	No	42	81																
Ingesta licor	Si	2	6	0	0.650 IC:0.125-3.368	0.267 gl:1 IC:95%																																														
	No	40	78				Fumado	Si	1	9	0	0.203 IC: 0.025-1.661	2.661 gl:1 IC: 95%	No	41	75	Antecedente de Parto Gemelar	Si	0	3	0	1.519 IC: 1.337-1.725	1.537 gl:1 IC:95%	No	42	81																										
Fumado	Si	1	9	0	0.203 IC: 0.025-1.661	2.661 gl:1 IC: 95%																																														
	No	41	75				Antecedente de Parto Gemelar	Si	0	3	0	1.519 IC: 1.337-1.725	1.537 gl:1 IC:95%	No	42	81																																				
Antecedente de Parto Gemelar	Si	0	3	0	1.519 IC: 1.337-1.725	1.537 gl:1 IC:95%																																														
	No	42	81																																																	

Fuente. Expediente Clínico

Al analizar la asociación entre los factores de riesgo del embarazo actual y la amenaza de parto pretérmino observamos que para los Controles Prenatales obtuvimos una P: 0.60 con un OR: 0.825 (IC: 0.31-1.74) con una chi cuadrado de 0.256 con un IC 95%.

En lo que respecta al incremento de peso como podemos observar obtuvimos una P: 0 con un OR: 2.615 (IC: 1.07-6.35) con una chi cuadrado de 4.688 con un IC 95%.

Con relación a las Infecciones Periodontales obtuvimos una P: 0.017 con un OR: 3 (IC: 1.237-7.27) con una chi cuadrado de 6.203 con un intervalo de confianza de 95%.

En lo que respecta a las infecciones de vías urinarias obtuvimos una P: 0 con un OR: 3.758 (IC: 1.668-8.46) con una chi cuadrado de 10.774 con un IC 95%

Con relación a las infecciones cervicovaginales obtuvimos una P:0 con un OR: 6.67 (IC:2.65-16.71) con una chi cuadrado de 18.65 con un IC:95%.

En lo que respecta al Polihidramnios obtuvimos una P: 0 con un OR: 0.462 (IC: 0.12-1.73) con una chi cuadrado 1.362 con un IC 95%. Ver tabla No.6 a

Tabla 6.a Asociación entre Factores de Riesgo del embarazo actual de las Adolescentes y la Amenaza de Parto Pretérmino Managua Abril-Junio de 2015

FACTORES RIESGO EMBARAZO ACTUAL		CASO	CONTROL	P	OR	Chi Cuadrado
Control Prenatal	Satisfactorio	18	40	0.60	0.825 IC: 0.31- 1.74	0.256 gl:1 IC:95%
	Insatisfactorio	24	44			
Incremento de Peso	Adecuado	34	52	0	2.615 IC: 1.07-6.35	4.688 gl:1 IC: 95%
	Inadecuado	8	32			
Infecciones Periodontales	Si	14	12	0.017	3 IC: 1.237-7.27	6.203 gl:1 IC:95%
	No	28	72			
Infecciones de Vías Urinarias	Si	31	36	0	3.758 IC: 1.668-8.46	10.774 gl:1 IC:95%
	No	11	48			
Infecciones Cervicovaginales	Si	35	36	0	6.67 IC: 2.65-16.71	18.65 gl:1 IC:95%
	No	7	48			
Polihidramnios	Si	3	12	0	0.462 IC: 0.12-1.73	1.362 gl:1 IC: 95%
	No	39	72			

Fuente. Expediente Clínico

Con relación a la Ruptura prematura de membrana (RPM) como podemos observar obtuvimos una P: 0 con un OR: 15 (IC: 4.63-48.59) y una chi cuadrado de 28.19 con un IC 95%.

En lo que respecta a la APP previa obtuvimos una P: 1 con un OR: 16.90 (IC: 6.73-42.43) con una chi cuadrado de 44.13 con un IC 95%.

Con relación al DIU concomitante con el embarazo obtuvimos una P: 0 con un OR: 1.51 (IC: 1.33-1.71) con una chi cuadrado de 1.016 con un IC 95%.

En lo que respecta al CIUR obtuvimos una P: 0.079 con un OR: 1.57 (IC: 0.67-3.70) con una chi cuadrado de 1.097 con un IC 95%.

Con relación a la Violencia Intrafamiliar obtuvimos una P: 0.001 con un OR: 1.61 (IC: 1.39-1.87) con una chi cuadrado 9.164 con un IC 95%.

En lo que respecta al embarazo múltiple obtuvimos una P: 0 con un OR: 0.13 (IC: 0.017-1.05) con una chi cuadrado de 4.86 con un IC 95%.

Con relación a la metrorragia en la 2 mitad del embarazo obtuvimos una P: 0 con un OR: 0.38 (IC: 0.04-3.40) con una chi cuadrado de 0.788 con un IC 95% ver tabla 6 b

Tabla 6.b Asociación entre Factores de Riesgo del embarazo actual de las Adolescentes y la Amenaza de Parto Pretérmino Managua Abril-Junio de 2015

FACTORES RIESGO EMBARAZO ACTUAL		CASO	CONTROL	P	OR	Chi Cuadrado																																																								
RPM	Si	18	4	0	15 IC: 4.63-48.59	28.19 gl:1 IC:95%																																																								
	No	24	80				APP Previa	Si	31	12	1	16.90 IC: 6.73-42.43	44.13 gl:1 IC:95%	No	11	72	Diu concomitante con el embarazo	Si	0	2	0	1.51 IC: 1.33-1.71	1.016 gl:1 IC:95%	No	42	82	CIUR	Si	12	17	0.079	1.57 IC: 0.67-3.70	1.097 gl:1 IC:95%	No	30	67	Violencia Intrafamiliar	Si	0	16	0.001	1.61 IC: 1.39-1.87	9.164 gl:1 IC:95%	No	42	68	Embarazo Múltiple	Si	1	13	0	0.13 IC: 0.017-1.05	4.86 gl:1 IC:95%	No	41	71	Metrorragia 2 da mitad Embarazo	Si	1	5	0	0.38 IC: 0.04-3.40
APP Previa	Si	31	12	1	16.90 IC: 6.73-42.43	44.13 gl:1 IC:95%																																																								
	No	11	72				Diu concomitante con el embarazo	Si	0	2	0	1.51 IC: 1.33-1.71	1.016 gl:1 IC:95%	No	42	82	CIUR	Si	12	17	0.079	1.57 IC: 0.67-3.70	1.097 gl:1 IC:95%	No	30	67	Violencia Intrafamiliar	Si	0	16	0.001	1.61 IC: 1.39-1.87	9.164 gl:1 IC:95%	No	42	68	Embarazo Múltiple	Si	1	13	0	0.13 IC: 0.017-1.05	4.86 gl:1 IC:95%	No	41	71	Metrorragia 2 da mitad Embarazo	Si	1	5	0	0.38 IC: 0.04-3.40	0.788	No	41	79						
Diu concomitante con el embarazo	Si	0	2	0	1.51 IC: 1.33-1.71	1.016 gl:1 IC:95%																																																								
	No	42	82				CIUR	Si	12	17	0.079	1.57 IC: 0.67-3.70	1.097 gl:1 IC:95%	No	30	67	Violencia Intrafamiliar	Si	0	16	0.001	1.61 IC: 1.39-1.87	9.164 gl:1 IC:95%	No	42	68	Embarazo Múltiple	Si	1	13	0	0.13 IC: 0.017-1.05	4.86 gl:1 IC:95%	No	41	71	Metrorragia 2 da mitad Embarazo	Si	1	5	0	0.38 IC: 0.04-3.40	0.788	No	41	79																
CIUR	Si	12	17	0.079	1.57 IC: 0.67-3.70	1.097 gl:1 IC:95%																																																								
	No	30	67				Violencia Intrafamiliar	Si	0	16	0.001	1.61 IC: 1.39-1.87	9.164 gl:1 IC:95%	No	42	68	Embarazo Múltiple	Si	1	13	0	0.13 IC: 0.017-1.05	4.86 gl:1 IC:95%	No	41	71	Metrorragia 2 da mitad Embarazo	Si	1	5	0	0.38 IC: 0.04-3.40	0.788	No	41	79																										
Violencia Intrafamiliar	Si	0	16	0.001	1.61 IC: 1.39-1.87	9.164 gl:1 IC:95%																																																								
	No	42	68				Embarazo Múltiple	Si	1	13	0	0.13 IC: 0.017-1.05	4.86 gl:1 IC:95%	No	41	71	Metrorragia 2 da mitad Embarazo	Si	1	5	0	0.38 IC: 0.04-3.40	0.788	No	41	79																																				
Embarazo Múltiple	Si	1	13	0	0.13 IC: 0.017-1.05	4.86 gl:1 IC:95%																																																								
	No	41	71				Metrorragia 2 da mitad Embarazo	Si	1	5	0	0.38 IC: 0.04-3.40	0.788	No	41	79																																														
Metrorragia 2 da mitad Embarazo	Si	1	5	0	0.38 IC: 0.04-3.40	0.788																																																								
	No	41	79																																																											

Fuente. Expediente Clínico

III.I ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De los 126 pacientes que participaron en el estudio ‘‘Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en adolescentes atendidas en el Hospital Bertha Calderón, Managua Abril-Junio De 2015’’, 42 fueron casos y 84 fueron controles, teniendo una relación 1:2

Características Sociodemográficas

El grupo de edad que se captó más fue entre las edades de 16 a 19 años, confirmando las edades más frecuentes en embarazos en adolescentes, pertenecen a este grupo, donde según UNFPA 2014, Nicaragua es el primer país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde el país centroamericano tiene una tasa de 109 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edades entre 15 a 19 años, como bien sabemos las edades extremas (adolescentes y mayores 35 años) son un factor riesgo para APP como nuestro estudio se centró en factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes esta variable no tuvo una significación estadística relevante al no ser comparada con otros grupos etarios obteniendo una P: 0.098 y OR: 0.873 (IC: 0.35-2.12)

A nivel de la escolaridad se encontró igualdad entre los grupos de la educación primaria y secundaria, en donde se evidencia la participación activa de jóvenes en el sistema escolar, esto podría explicarse al interés familia-gobierno, debido a la restitución del derecho a la educación, que en los últimos años el gobierno ha venido impulsando, tal y como plantea el UNICEF 2011, con estadísticas que el 95 por ciento de niños y niñas están matriculados en la escuela (95.3 por ciento niñas, 94.6 por ciento niños) y en educación secundaria el 41% (48.6 por ciento niñas, 44.5 por ciento niños) más sin embargo no presento relevación estadística esta variable como pudimos observar en la tabla 4.

Obviamente, aunque el área de estudio es en un hospital de referencia nacional, la mayor cantidad de mujeres provienen del área urbana, debido a la facilidad y cercanía o al mismo acceso y cobertura de salud en el país por lo cual esta variable no tuvo significancia estadística.

En la ocupación, el estudio refleja ama de casa, otra tendencia o consecuencia del embarazo en la adolescencia en donde las mujeres abandonan trabajo, escuela y actividades recreativas para dedicarse al cuidado de sus hijos y su hogar realizando diversas actividades en el hogar como lavar, planchar, cocinar y limpiar entre otras lo cual supone una gran carga de stress para la embarazada. Esta variable tuvo significancia estadística con una P:0 y un OR: 6.25 (IC: 1.38-28.18) con una chi cuadrado 7.049 con un IC 95%.

En la mayoría, el estado civil es soltera, esta es una tendencia en la población moderna de jóvenes, principalmente por el marcado hecho de embarazo a temprana edad, esta variable no tuvo significancia estadística relevante.

Factores de Riesgo Preconcepcionales y Ginecoobstétricos

La mayoría de las pacientes en el estudio presentaron que era primer embarazo (nulípara), es decir que nunca antes habían tenido un parto. Esto plantea que en la juventud inciden factores o determinantes de riesgo para embarazo temprano, tales como bajo nivel de escolaridad, antecedente de embarazo adolescente en la madre, la violencia sexual, la autoestima, la falta de educación sexual a nivel escolar y en la familia, la escolaridad en los padres, etcétera.

Esta variable presentó significancia estadística con una P: 0 un OR: 4.706 (IC: 2.04-10.82) con una chi cuadrado de 14.318 con un IC 95%

En lo que refiere a los antecedentes de APP previa, Antecedentes personales patológicos, ingesta de licor y fumado estos no presentaron relevancia estadística.

En esta investigación no se presentaron historias o antecedentes de parto gemelar, ya que son raros, debido a que estos se presentan en situaciones tales como embarazo tardío, embarazos previos o con tratamiento de fertilidad; tal y como vemos que no es el caso de este estudio.

Factores de Riesgo en el Embarazo Actual

A pesar de los múltiples esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud (MINSA), aún se siguen reportando faltas en los expedientes clínicos, tal es el caso de CPN incompleto lo cual refleja una atención deficiente a la paciente esta variable por si solo no tiene significancia estadística pero su importancia se aborda ya que contiene aspectos de variables de suma relevancia para la APP.

Dentro de los aspectos a considerar positivos es que el incremento de peso fue adecuado en las mujeres durante su embarazo, dando el papel y la importancia protagónica del ciclo de la reproducción (estudios de sociología del embarazo). Esta variable no presentó significación estadística relevante.

A como se mencionó antes con las debilidades del llenado del CPN y expediente clínico, uno de esos vacíos es el no registrar las infecciones periodontales, es decir que no se les refiere a su cita con odontología o que dicho servicio no lo registra en el expediente y esta variable es de suma relevancia como factor de riesgo de APP obteniendo en nuestro estudio significación estadística con una P: 0.017 un OR:3 (IC: 1.237-7.27) con una chi cuadrado de 6.203

Las infecciones de vías urinarias (IVU) siguen siendo uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta, ya que esta se incrementa después del inicio de la vida sexualmente activa, y en etapa de la edad reproductiva, la incidencia de infección urinaria es aproximadamente 30 veces más frecuente en mujeres que en hombres y su presencia está altamente relacionada como factor de riesgo de APP lo cual se evidencio en nuestro estudio con una significación estadística relevante con una P:0 con un OR: 3.758 (IC: 1.668-8.46) y una chi cuadrado de 10.774

De igual manera otra afectación en el embarazo en la infección cervicovaginal que esta evidenciado en bibliografía obstétrica perinatal el impacto negativo durante el embarazo además de ser uno de los principales factores de riesgo para APP lo cual se evidencio en nuestro estudio con una significación estadística con una P: 0 un OR: 6.67 (IC: 2.65-16.71)

La presencia o ausencia de Polihidramnios no tuvo relevancia estadística significativa en nuestro estudio.

Con respecto a la ruptura prematura de membrana, esta se asocia a procesos infecciosos, por lo que guarda relación con los datos de IVU e infecciones cervicovaginales siendo uno de los principales determinante con una significancia estadística de P: 0 OR: 15 (IC: 4.63-48.59) con una chi cuadrado de 28.19 con un IC 95%.

En los casos como pudimos observar hubo antecedentes de APP previa concordando esto con la literatura médica que la sitúa como uno de los principales factores de riesgo para APP obteniendo una P: 1 con un OR: 16.90 (IC: 6.73-42.43) con una chi cuadrado de 44.13 con un IC 95%.

No presentaron DIU concomitante con el embarazo, esto se explica a la falta de planificación familiar y la falta de educación sexual en los adolescentes, probablemente la falta de comunicación con sus padres sobre estos temas así como el inicio temprano de vida sexual, también son vinculantes por lo cual esta variable no guarda significación estadística con la APP.

El CIUR, la violencia intrafamiliar, el embarazo multiple y la metrorragia de la 2 mitad del embarazo no presentaron relevancia estadística en este estudio y en la literatura tampoco se evidencia una relación significativa de estas con la incidencia de APP.

III.II CONCLUSIONES

1. En relación a los datos sociodemográficos del grupo de mujeres en estudio se encontró que el ser Ama de Casa nos da un riesgo (OR) 6.25 veces mayor de padecer una amenaza de parto pretérmino que el no serlo siendo el único factor asociado en las características sociodemográficas con una relevancia estadísticamente significativa.
2. En relación a los Factores Preconcepcionales y Ginecoobstetricos del grupo de mujeres en estudio como factor de riesgo asociado a la Amenaza de Parto Pretermino se encontró el ser Nulípara el cual nos da un riesgo 4.706 veces mayor de padecerla.
3. En relación a los factores del embarazo actual del grupo de mujeres en estudio como factor de riesgo asociado a Amenaza de parto pretérmino se encontró: Infecciones periodontales, Infecciones de vías urinarias, infecciones cervicovaginales, Ruptura prematura de membrana, y amenaza de parto pretérmino previa como factores con una relevancia estadística significativa.
4. En relación a la hipótesis se rechaza la hipótesis nula por lo cual se comprueba en este estudio que hay factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino y que la mayoría de ellos pueden ser modificables.

III.III. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del gobierno central, Ministerio de Salud y Asociaciones no Gubernamentales hacer funcionar una comisión que se encargue verdaderamente de crear políticas de educación sencilla y veraz sobre embarazo en adolescentes que se difunda permanentemente a través de métodos de difusión masiva y popular para tratar de incidir en la disminución del embarazo en adolescentes.
2. A las autoridades del Ministerio de Salud junto con las autoridades de Educación hacer funcionar la política de educar a los estudiantes en los colegios, barrios, calles y centro de reunión de jóvenes la importancia de no embarazarse precozmente, tanto en mujeres como hombres por los altos riesgos de compromiso de la salud.
3. A las autoridades del Ministerio de Salud y directores de SIALIS, promover estrategias de vigilancia estricta que los trabajadores de terreno del MINSA capten al 100% de embarazadas y sean referidas al Centro de Salud para su debido control prenatal de forma adecuada y que se mantenga esta vigilancia.
4. A los Jefes de SILAIS Y Jefes de Centro de Salud, hacer cumplir un plan estricto de vigilancia y manejo de las pacientes que acuden a sus controles, Que se haga la clasificación debida del embarazo Alto/Bajo riesgo y que esta permita la atención adecuada y oportuna para identificar factores de riesgo de Amenaza de parto pretérmino aplicando debidamente los protocolos y normas del Ministerio de Salud.
5. A las autoridades de los Centros de Salud y Puestos de Salud garantizar que el personal médico y paramédico que brindan control prenatal se cumpla al 100% los protocolos y normativas aplicando la teoría del factor riesgo para diagnosticar, manejar y referir de forma oportuna a todas aquellas pacientes que requieran atención especializada para manejo de patologías asociadas al nacimiento pre termino.

CAPITULO IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Libros y Normas:

- Anonymous. Treatment of preterm labor with the beta-adrenergic agonist ritodrine. The Canadian Preterm Labor Investigation Group. New England Journal of Medicine 2002;327:308.
- Betamiméticos para la inhibición del trabajo de parto prematuro Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, Neilson JP, Harigopal S Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- Cochrane. John Wiley & Sons, Ltd. Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro 30 Copyright © 2007.
- Erny R, Pigne A, Prouvost C, Gamberre M, Malet C, Serment H, Barrat J. The effect of oral administration of progesterone for premature labor. Am J ObstetGynecol. 1986 Mar;154(3):525-9.
- Erny R, Pigne A, Prouvost C, Gamberre M, Malet C, Serment H, Barrat J. The effect of oral administration of progesterone for premature labor. Am J ObstetGynecol. 2006 Mar;154(3):525- 9.)
- Goldenberg RL. The management of preterm labor. ObstetGynecol. 2002;100(5 Pt 1):1020-37.
- How H, Huang ZH, Zuo J, Lei ZM, Spinnato JA, Rao CV. Myometrial estradiol and progesterone receptors changes in preterm and term pregnancies. ObstetGynecol 1995 December;86(6):936-40.
- King JF, Grant A, Keirse MJ, Chalmers I. Beta mimetics in preterm labor: An overview of randomized, controlled trials. Br J ObstetGynaecol2009;95:211-22.
- Lurbinwaldina Andrade Reyes. Utilidad de la progesterona en la reducción del riesgo de parto pretérmino. Revista Médica de Factores de Riesgo Asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en Adolescentes.
- Lurbinwaldina Andrade Reyes.Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH Vol.10 No.1 Enero-Abril 2007 (Suplemento) Utilidad de la progesterona en la reducción del riesgo de parto pretérmino.

- Normativa No.077, Ministerio de Salud, Octubre 2011. “Protocolo para el abordaje de las Patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico”.
- Postgrados de Medicina UNAH Vol.10 No.1 Enero-Abril 2007 (Suplemento).
- Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino. 2008;54:11-14.
- Schwarcz, Sala, Duverges, Obstetricia, 6ta edición.
- Varilla Tania. Efectividad de la aplicación profiláctica de progesterona natural en la disminución de la incidencia de partos pretérminos en mujeres de alto riesgo. Hospital Central Universitario Doctor Antonia Maria Pineda. Barquisimeto, Venezuela 2008. 11-22.

2. Páginas Web:

- <http://medind.nic.in/jaq/t11/i5/jaqt11i5p534.pdf>
- http://www.researchgate.net/publication/14901140_Nifedipine_versus_ritodrine_for_suppression_of_preterm_labour
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49_n2/pdf/A05V49N2.pdf.

CAPITULO V. ANEXOS

Ficha de recolección de datos

Características Sociodemográficas.

a. Edad Materna

- 1) 11-13 años 2) 14-16 años 3) 17-19 años

b. Escolaridad

- 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Universidad

c. Procedencia

- 1) Urbano 2) Rural

d. Estado civil

- 1) Soltera 2) Casada 3) Unión Libre

e. Ocupación

- 1) Ama de Casa 2) Estudiante 3. Otro: _____

Conocer los factores de riesgo preconceptionales y Ginecobstetricos que se asocian a un incremento de Amenaza de parto pretérmino

a. Paridad

- 1- Primípara 2-Multípara

b. Aborto

1. SI 2. NO

c. Cesárea

1. SI 2. NO

d. Embarazo gemelar

1. SI 2. NO

e. Periodo Intergenesico corto

1. Si 2. No

f. Fumado

1. SI 2. No

g. Ingesta de alcohol

1. SI 2.NO

Identificar factores de riesgo durante el embarazo actual

a. Violencia Intrafamiliar

1. SI

2. NO

b. Ganancia de peso materna

1. Adecuada

2. Inadecuada

c. Controles prenatales

1. Más de 4

2. Menos de 4

d. Otras patologías asociadas durante al embarazo

Patología	SI	NO
Infección de Vías Urinarias (IVU)		
Infección Cervicovaginal		
Hipertensión Gestacional		
Diabetes mellitus Gestacional		
Ruptura Prematura de Membrana		
Polihidramnios		
Infecciones Periodontales		
Anemia		