

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTES

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a crown and robes, surrounded by various symbols including castles, lions, and a banner. The text around the border of the seal reads "LETTERAS ORBIS COMPLICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER".

YESEÑA MARISOL DE LEÓN DE LEÓN

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2016



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Yeseñia Marisol De León De León

Carné Universitario No.: 100023127

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO EN ADOLESCENTES"


Que fue asesorado: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Y revisado por: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 10 de Noviembre de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

CUILAPA SANTA ROSA 19 DE AGOSTO DEL 2015.


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz:
Coordinador General
Programa de maestrías y Especialidades
Presente:

Respetable Doctor:

El asesor de tesis del departamento de gineco-obstetricia hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la Dra. Yeseñia Marisol De León De León, de la especialidad de gineco-obstetricia carne universitario No. 100023127, titulado; TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA PERIODO 2009-2013.

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,


Dr. Carlos Francisco Castro Baniaca
Asesor de tesis
Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa

(Circular stamp: CARLOS FRANCISCO CASTRO BANICA, MEDICO Y CIRUJANO, M.P. 10613)

c.c.Archivo



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

CUILAPA SANTA ROSA 19 DE AGOSTO DEL 2015.

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz:
Coordinador General
Programa de maestrías y Especialidades
Presente:

Respetable Doctor:

El revisor de tesis del departamento de gineco-obstetricia hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la Dra. Yeseñia Marisol De León De León, de la especialidad de gineco-obstetricia carne universitario No. 100023127, titulado; TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA PERIODO 2009-2013.

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca
Revisor de tesis
Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa

c.c.Archivo

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CUADROS	i
INDICE DE GRAFICAS	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	12
IV. MATERIAL Y METODOS	13
V. RESULTADOS	16
VI. DISCUSION Y ANALISIS	20
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	24
VIII. ANEXOS	27

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1.....18
CUADRO2.....18

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1.....	16
GRAFICA 2.....	17
GRAFICA3.....	19

RESUMEN

Estudio descriptivo realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. El objetivo principal fue determinar la incidencia de trabajo de parto pretérmino durante el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2013. Se evaluaron un total de 225 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino de las cuales 169 eran adolescentes y llenaban los objetivos de estudio, correspondiendo este dato al 75% del total de casos estudiados. Para la recolección de la información se utilizó como instrumento una boleta en la cual se incluyó información sobre datos generales de las personas objeto de estudio así como de otros intereses para la investigación. Destaca en el estudio que la incidencia de trabajo de parto pretérmino en adolescentes fue del 78% dato porcentual que van acorde a lo mencionado por la mayoría de literaturas.

I. INTRODUCCION

El trabajo de parto pretermino se define como el inicio del trabajo de parto relacionado con contracciones uterinas acompañadas de dilatación cervical y borramiento, antes de completarse las 37 semanas de gestación, comenzando desde el primer día del último ciclo menstrual.

El trabajo de parto pretermino ha sido una patología obstétrica que se ha relacionado ampliamente con embarazos en adolescentes por factores de distinta índole siendo los más frecuentes los psicológicos asociados a cambios emocionales y estrés, los laborales ya que por diversas circunstancias el nivel académico de estas pacientes es bajo las cuales en su mayoría no completan un nivel primario y eso les dificulta el optar por mejores oportunidades laborales y por ende someterse a largas jornadas de trabajo que en su mayoría no son aptos para la etapa gestacional, tomando en cuenta que la adolescencia es un periodo de la vida sujeto a muchos cambios anatomofisiológicos en el cuerpo de una mujer.

Según la literatura universal en obstetricia el embarazo en adolescentes es motivo de serios trastornos anatómicos y biológicos ya que repercute grandemente en el ámbito social y económico ya que un embarazo a edades tempranas da un giro total a la vida de estas pacientes por ello la Organización Mundial de la Salud enfatiza que la adolescencia no es un periodo apto para adquirir la vida reproductiva.

Por la frecuencia con que ingresan pacientes adolescentes con trabajo de parto pretermino al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Santa Rosa se realizo una investigación para determinar la incidencia de dicha patología obstétrica en adolescentes. Para el estudio se incluyeron a todas las pacientes de 12 a 17 años de edad con edad gestacional comprendida entre la semana 28 y 36, tiempo determinado por la fecha de última regla o por ultrasonido obstétrico realizado antes de las 20 semanas y que ingresaron al servicio interno de cuidados perinatales del Hospital Regional de Cuilapa con diagnostico de trabajo de parto pretermino durante el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2013. Para la recolección de datos se utilizo como instrumento una boleta en la cual se incluyo información sobre datos generales de las personas objeto de estudio asi como otros de interés para la investigación.

Durante el periodo que se llevo a cabo la investigación se ingresaron 225 pacientes con diagnostico de trabajo de parto pretermino al servicios de Cuidados Perinatales, de estas 169 fueron adolescentes y llenaban los requisitos de la investigación siendo el 75% del total de la población estudiada.

Se determino que la incidencia de trabajo de parto pretermino en adolescentes fue del 78% dato que no está fuera de lo mencionado por varias literaturas universales, por lo que se puede decir que dicha aseveración fue comprobable en esta investigación.

II. ANTECEDENTES

La adolescencia es un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural. Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 12 y 17 años, independientemente de la edad ginecológica.(10)

El embarazo en los adolescentes puede provocar serios trastornos biológicos. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. Es por todo esto que, ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. Es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Este fenómeno, se ve incrementado a raíz de que la actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, y a edades cada vez más tempranas, aumentando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (3). Guatemala tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centroamérica 114 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año. Según la OMS la mitad de las mujeres jóvenes inician una unión (formal o consensual) antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años. El 44% de las mujeres de 20 a 24 años eran madres antes de los 20; la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%). La gran mayoría de las mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes el 83%, con poca variación por lugar de residencia o por pertenencia étnica. Sin embargo, sólo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo, aunque el 70% de las mujeres de 15 a 24 años que dio a luz recientemente realizó al menos una visita de control prenatal, casi la mitad de las mujeres menos educadas y de las indígenas no realizó ninguna. Además, sólo la mitad de las madres de 15 a 24 años contó con asistencia médica profesional en su último parto; la proporción es aún más baja en las mujeres con menos escolaridad y en las indígenas (una cuarta parte). (4)

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

Es el cuadro caracterizado por la presencia de contracciones uterinas con frecuencia e intensidad superiores a los patrones normales para cada edad gestacional, capaces de ocasionar modificaciones cervicales. (4,5).

Etiopatogenia:

Los partos prematuros pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios:

parto prematuro espontáneo con membranas íntegras (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas íntegras),

parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y

parto prematuro iatrogénico (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal). Desde un punto de vista etiológico, actualmente se considera al parto prematuro (específicamente el parto prematuro espontáneo) como un síndrome, es decir, una condición causada por múltiples etiologías, cuya expresión y común denominador son las contracciones uterinas y la dilatación cervical, iniciadas antes de las 37 semanas de gestación. Evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar las siguientes causas: infección intra-amniótica, isquemia útero-placentaria, disfunción cervical, sobre distensión uterina, factores inmunológicos, hormonales, stress y alergia.(4,5)

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pretérmino, pero no son exactamente lo mismo. Es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (involución uterina) (5)

En la mayor parte del embarazo, el útero está en un estado de inactividad y permanece relajado. La actividad del útero es inhibida por sustancias como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. Durante esta fase, rara vez se producen contracciones débiles, llamadas de Braxton-Hicks.

La progesterona es una hormona que favorece la quietud de las fibras musculares uterinas, inhibe la madurez cervical y disminuye la producción de citoquinas, que se piensa es la clave para la activación de la decidua. (21,22,23)

Los estrógenos ejercen el efecto contrario, poco antes del inicio de trabajo de parto, el aumento de los estrógenos producidos por la placenta activan una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas asociadas a las contracciones. Todos estos cambios promueven la contractilidad uterina. Aunque la caída de los niveles de progesterona juega un papel importante en algunos mamíferos en la iniciación del parto, en humanos y grandes primates la progesterona aumenta a través de la gestación. Investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo un incremento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto, bloqueando la función de la progesterona. La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, que le aporta como precursor los andrógenos adrenales. Se necesita que el eje hipotálamo-hipófisis adrenal fetal esté funcionando para que pueda dársele precursores de estrógenos a la placenta. La hormona que mantiene la actividad del eje es la hormona liberadora de corticotropina (HLC o CRH por su sigla en inglés) de origen placentario. La HLC es un neuropéptido de origen hipotalámico, pero también se expresa en la placenta y en las membranas, y se libera aumentándose a medida que transcurre la gestación de una manera exponencial tanto del lado materno como del fetal. Los niveles de HLC se correlacionan con la duración de la edad gestacional. La HLC se comporta como el “reloj placentario” determinante de gestaciones cortas o largas. Así mismo, promueve la producción de cortisol fetal y andrógenos, y estos a su vez estimulan la producción de HLC de origen placentario. Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix.

El parto a término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatorias. (6,14,16,20).

La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobredistensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre y abruptioplacentae. (4,7)

El parto pretérmino programado ocurre cuando el parto es iniciado por intervención médica a causa de complicaciones del embarazo peligrosas para la madre y/o el feto. En contraste con las causas anteriores, el parto pretérmino por indicación materna está dado principalmente por preeclampsia y trastornos hipertensivos asociados al embarazo, diabetes mellitus, hipertiroidismo materno, enfermedad pulmonar restrictiva, nefropatía materna, asma, enfermedad cardíaca materna, lupus. La enfermedad materna por sí sola limita el flujo uteroplacentario, disminuyendo el aporte de nutrientes y oxígeno para el feto, lo cual se traduce en restricción del crecimiento intrauterino.(4,13)

Otros factores de riesgo son la desnutrición materna, la obesidad o la historia anterior de parto pretérmino. En Latinoamérica, el 70% son partos pretérmino espontáneos; el 16-21%, por RPM, y el 11-15%, de forma iatrogénica (indicación médica). En los Estados Unidos, el 40-45% son espontáneos; el 25-40%, por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas. Los partos pretérmino de la semana 22 a la 37 no pueden ser todos categorizados dentro de la misma etiología. Para los Partos preterminos por debajo de las 32 semanas, es muy importante la infección/inflamación; mientras que los de 33 a 37 semanas están más relacionados con sobredistensión intrauterina y estrés. (4)

Las complicaciones de la prematurez, constituyen la causa del 70% de la mortalidad de recién nacidos y lactantes sin anomalías.-

El Parto Prematuro puede dividirse en:

1. Parto Prematuro Espontáneo: 75%
2. Parto Prematuro Indicado: 20 a 30%

Parto prematuro inmaduro con feto no viable: 22 a 27 semanas de gestación.

Parto prematuro inmaduro con feto viable:: 28 a 36 semanas de gestación.

Las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo, se encuentran fuertemente asociadas con los factores como:

- bajo nivel socioeconómico y educacional
- factores ambientales
- factores étnicos (8)

Existen variables asociadas preexistentes

1) PREEXISTENTES:

- * Clase social baja
- * Analfabetismo o escolaridad insuficiente
- * Madre soltera
- * Edad menor de 18 y mayor de 35 años
- * Largas jornadas laborales
- * Estrés psíquico
- * Nulíparas o gran múltipara
- * Talla menor de 1,50 m
- * Peso anterior menor de 45 Kg
- * Partos anteriores de pretérmino
- * Intervalos intergenésicos cortos
- * Anomalías uterinas

Existen múltiples evidencias de causalidad entre la relación de infección/parto pretérmino. Las pacientes embarazadas con infecciones sistémicas, como pielonefritis, malaria, neumonía o infección periodontal, tienen más probabilidad de tener un parto prematuro. La bacteriuria asintomática aumenta el riesgo de PP y su tratamiento lo disminuye. Sustancias inflamatorias inyectadas intramnióticamente en animales producen partos pretérmino. Es posible demostrar infecciones con pocas manifestaciones clínicas en algunas embarazadas que estimularon el comienzo del parto prematuro.

En algunos grupos de mujeres embarazadas, el control de infección (más la ascendente) con antibióticos permite llegar a embarazos a término. La primera línea de defensa para la infección son las barreras naturales piel y mucosas. La penetración de superficies epiteliales por microorganismos (mucosas) significa la inminencia del inicio de respuesta inflamatoria con el fin de contrarrestar el crecimiento bacteriano. Las formas como puede producirse la infección son:

a) Vía ascendente: desde la vagina hasta el cérvix.

b) Hematógena: a través de la placenta.

c) Retrógrada: desde la cavidad pélvica.

d) Accidental: trauma o procedimientos invasivos como cordocentesis o amniocentesis. (10)

De todas las vías, la más frecuente aceptada como causante de corioamnionitis es la ascendente. Aunque las bacterias penetran la membrana amniótica intacta, el epitelio puede producir sustancias in situ, como péptidos antibacterianos que neutralizan y destruyen la bacteria dañando su membrana celular. Si el patógeno logra traspasar las primeras líneas de defensa y llega al feto, el órgano de choque fetal será el pulmón. En el pulmón, por los componentes proteicos del surfactante, especialmente las proteínas SP-A y SP-D, se ligan a los microorganismos, facilitando la opsonización por los macrófagos. El surfactante también contribuye a la depuración de productos relacionados con bacterias, hongos y células apoptóticas y necróticas, disminuyendo la respuesta inflamatoria alérgica y ayudando a la resolución de la inflamación. (4,5)

Las bacterias como lactobacilos, que colonizan la vagina, influyen en el pH vaginal, disminuyéndolo y limitando el crecimiento de bacterias patógenas. Componentes innatos del sistema inmune reconocen la presencia de microorganismos, evitan la invasión y previenen el daño tisular y las respuestas inflamatorias exageradas. Dentro de estos componentes están los receptores de agentes neutralizantes, lectinas tipo C, receptores tipo Toll (TLRc) y receptores de patrón de reconocimiento intracelular, incluidos Nod I y Nod II, genes tipo 1 retinoico-inducido, que median reconocimiento de patógenos intracelulares (micoplasmas, virus).

La influencia de sustancias inflamatorias tipo citoquinas ha sido estudiada durante hace más de una década. Existe evidencia del rol de sustancias tipo interleuquina 1, factor de necrosis tumoral, interleuquina 8 y fibronectina. Se piensa que en la infección, principalmente de origen ascendente de la vagina al amnios, las bacterias estimulan la producción de citoquinas y mediadores inflamatorios (PAF, prostaglandinas, leucotrienos y especies reactivas de oxígeno, NO). Si la inflamación no fue suficiente para disparar el trabajo de parto pretérmino, las bacterias cruzan las membranas hasta la cavidad amniótica, donde acelerarán la respuesta inflamatoria por los macrófagos in situ, y, si no se logra controlar, terminará produciendo infección fetal. (4,5)

La interleuquina 1 fue la primera implicada como disparador para el Parto Pretermino, porque es producida en la decidua en respuesta a estímulos bacterianos; se encuentra aumentada en el líquido amniótico (LA) de partos pretérmino e infección, y estimula las contracciones uterinas, además de que la infusión de Il-1 en animales embarazados desencadena partos prematuros, y el uso de bloqueadores de la citoquina los frena. Con el TNFa se han encontrado evidencias similares que con la Il-1. Aunque otras citoquinas como la Il-6, Il-10, Il-16 han sido implicadas en el comienzo del parto prematuro, la Il-1 y el TNFa tienen las más fuertes evidencias causales. La interacción y la magnificación de las interleuquinas inflamatorias son contrarrestadas por la respuesta antiinflamatoria de interleuquinas como la IL10, la Il-1 beta, que tiene el efecto contrario: frenar el parto prematuro. La fibronectina fetal (FF), glicoproteína de origen fetal, que normalmente reside en la interfase decidua-corion, dentro del útero, se aumenta en los partos prematuros. Está presente en las secreciones cervicales en un 3 al 4% de mujeres embarazadas entre las semanas 21 y de 37. (4,11)

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales:

- a) Identificar a las pacientes con riesgo de padecer amenaza de parto pretérmino.
- b) Detección precoz de la sintomatología.
- c) Diagnóstico clínico

La **identificación** de la paciente se relaciona directamente con los factores de riesgo descritos en la etiología; con respecto **al diagnóstico clínico**, lo podemos dividir en

- Diagnóstico presuntivo: se establece cuando la paciente presenta contracciones uterinas superiores a los patrones normales después de un período de reposo de 1 hora en decúbito lateral izquierdo, y después del cual las condiciones del cuello son iguales a las del comienzo.
- Diagnóstico de certeza: cuando junto con las contracciones se constate al ingreso o después de la hora de reposo, modificaciones cervicales. (5)

TRATAMIENTO:

1) RITODRINA:

Dosis de ataque: 100 mg (1 ampolla = 50 mg) en 500 cc de dextrosa al 5%, a 15 ó 35 gotas por minuto.

Dosis de mantenimiento: 1 cápsula de 10 mg cada 2 a 6 horas.

2) SO₄ MG (sulfato de Magnesio):

Es una alternativa en el caso de contraindicación de las drogas anteriores. La dosis a utilizar será de 5 gr en 250 cc de dextrosa al 5% a 18 gotas por minuto (1 gr hora). Se deberá controlar: signos vitales, diuresis sin sonda, reflejos y es necesario contar con gluconato de Ca para caso de intoxicación.(11, 15, 17,19).

3) INDOMETACINA:

Se puede utilizar en forma concomitante o como opción en caso de contraindicación de los beta miméticos, en forma de supositorios a razón de 100 mg cada 12 horas, por no más de 48 a 72 horas.

De requerirse su uso por tiempo mayor se puede utilizar por vía oral debiendo tener presente que deberá suspenderse su administración con una semana de anticipación al parto, en caso de embarazos de menos de 34 semanas; en embarazos de más de 34 semanas se proscriben, por los efectos indeseables fetales (oligoamnios, cierre precoz del ductus, hipertensión pulmonar, etc.). (5)

En todos los casos de Amenaza Parto Pretermino entre las 28 y 34 semanas se deberá iniciar al ingreso maduración pulmonar fetal optando por alguno de los siguientes esquemas:

- 1) ESQUEMA 1: Betametasona 24 mg en 24 horas
- 2) ESQUEMA 2: Acetato de betametasona 3 mg + fosfato de betametasona 3 mg (CelestoneCronodoce) 2ml cada 12 hs, durante 24 hs.
- 3) ESQUEMA 3: Fosfato de dexametasona 4 mg (Decadrón) 2 cm³ cada 8 hs por 48 hs.

Es de aceptación general realizar repique madurativo 1 vez por semana hasta alcanzar las 34 semanas. (12,5,18)

EL TRATAMIENTO UTEROINHIBIDOR SE ABANDONARA CUANDO:

- Se alcancen las 37 semanas
- Cambien las condiciones cervicales (más de 4 cm)
- Amniorrexis prematura o signos de infección
- Signos de sufrimiento fetal agudo o crónico
- Mala respuesta materna o taquicardia fetal. (12)

SE CONTRAINDICA EL USO DE UTEROINHIBIDORES CUANDO :

- RPM con sospecha o evidencia de infección ovular
- Cardiopatías congénitas maternas o fetales (arritmias)
- Desprendimiento placentario (Hemorragias)
- Malformaciones congénitas fetales graves (letales)
- Franco trabajo de parto con dilatación mayor de 4 cm
- Madurez pulmonar comprobada
- RCIU comprobado con detención del crecimiento
- Eritroblastosis fetal (12)

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de trabajo de parto pretermino en adolescentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 Identificar los factores epidemiológicos relacionados con trabajo de parto pretermino en adolescentes.

3.2.2 Determinar la edad gestacional mas frecuente en las adolescentes que presenten trabajo de parto pretermino.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de Investigación:

Descriptivo

4.2 Área de Estudio:

El estudio se realizó en el servicio de Cuidados Perinatales del Hospital Regional de Cuilapa

4.3 Población

Toda paciente adolescente con embarazo mayor de 28 semanas con diagnóstico de trabajo de parto pretermino que fue ingresada al servicio de Cuidados Perinatales y que se le hicieron los estudios respectivos durante el periodo de enero del 2009 a diciembre de 2013.

4.4 Unidad de Análisis:

Registros clínicos de las pacientes con diagnóstico de trabajo de parto pretermino ingresadas al servicio de Ginecoobstetricia durante el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2013

4.5 Criterios de inclusión:

Pacientes primigestas comprendidas entre las edades de 12-17 años con diagnóstico de trabajo de parto pretermino, determinado por la fecha de la última regla o por ultrasonido obstétrico realizado antes de las 20 semanas.

4.6 Criterios de exclusión:

Pacientes adolescentes que no se les pudo determinar edad gestacional, pacientes mayores de 18 años y menores de 11 años, pacientes que presentan más de 37 semanas de gestación, pacientes sin trabajo de parto y pacientes con más de una gesta.

4.7 Procedimiento para la recolección de la información:

- Revisión de registros clínicos de las pacientes
- Resultados de estudios de imágenes realizados por el Hospital Regional de Cuilapa.
- Resultados de estudios de imágenes y laboratorio realizados por la paciente y que los llevó al momento de consultar.
- Historia clínica de la paciente proporcionada al ingreso en emergencia

4.8 Instrumento para la recolección de la información (Anexo 1)

Se utilizó como instrumento una boleta en la cual se incluyó información sobre datos generales de las personas objeto de estudio así como otros datos de interés para la investigación.

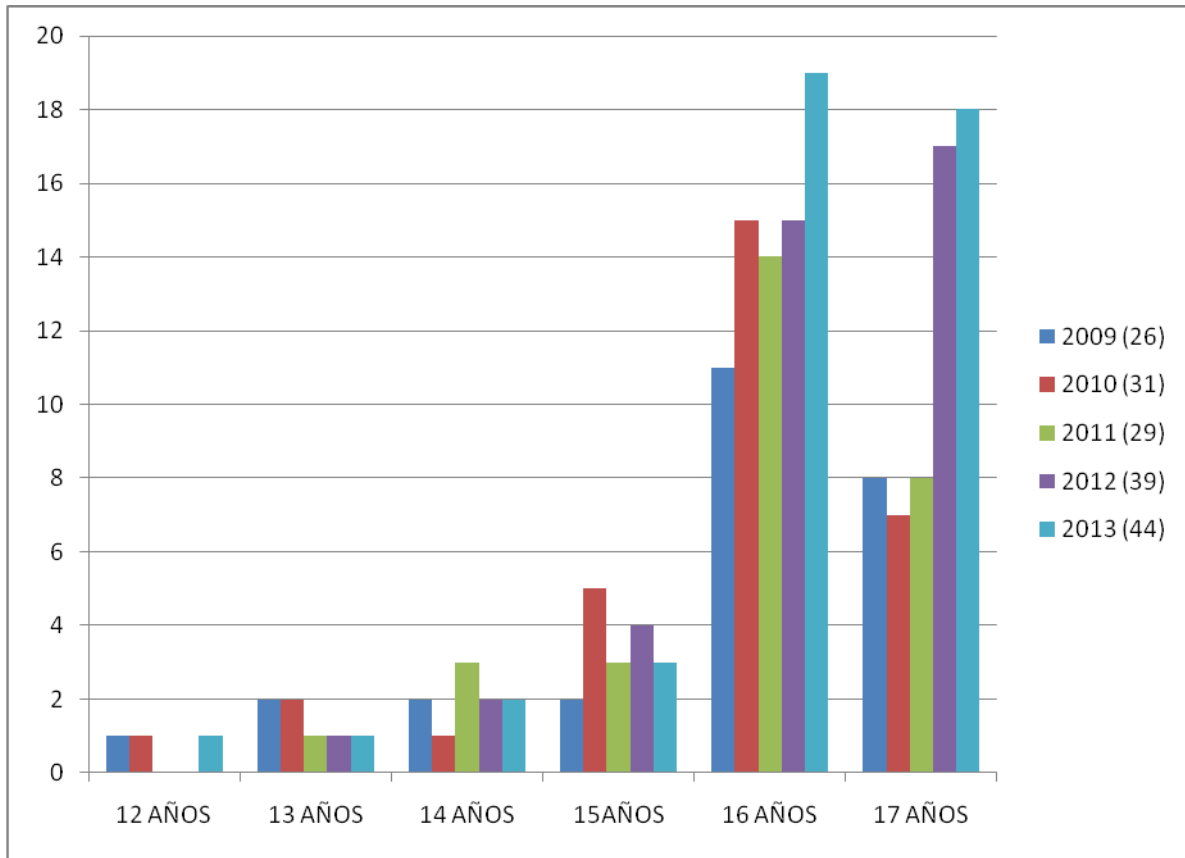
4.9 Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
Edad	Rango de tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta su adolescencia	Años comprendidos entre 12 a 17 años según ACOG	cuantitativa	12,13,14,15,16,17 años
Edad Gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento	Edad gestacional de 28 a 36 semanas por última regla o por ultrasonido antes de las 20 semanas.	cuantitativa	De 28 a 30 semanas De 31 a 33 semanas De 34 a 36 semanas
Estado civil	Situación legal actual de la persona con deberes y derechos	Referido por la paciente	cualitativa	Soltera Casada Unida
Procedencia	Lugar u origen de donde nace una persona	Referido por la paciente	cualitativa	Lo referido en la historia clínica
Escolaridad	Persona matriculada en cualquier grado de educación.	Grado de estudio aprobado	cualitativa	Primaria Básicos Diversificado

V. RESULTADOS

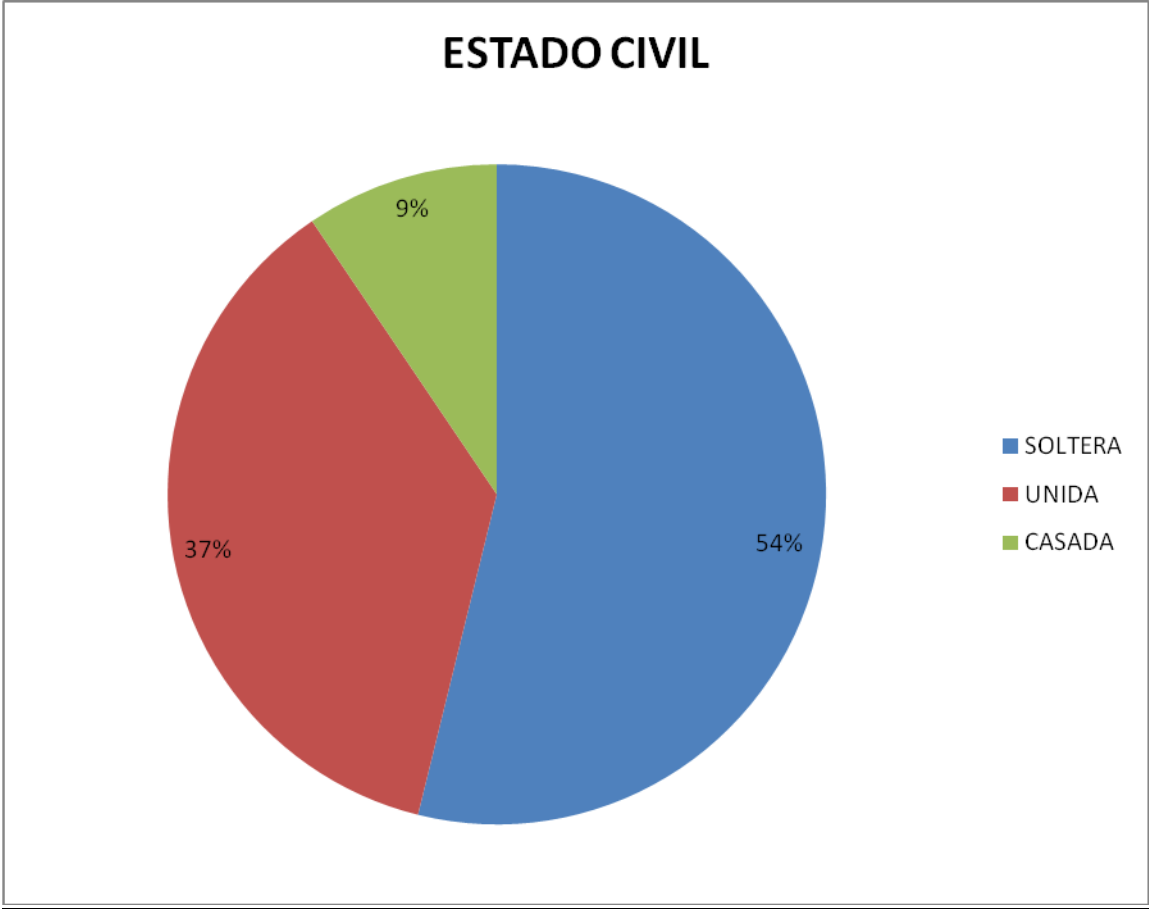
EDAD DE LAS 169 PACIENTES ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

GRAFICA 1



ESTADO CIVIL DE LAS 169 ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

GRAFICO 2



GRADO ACADEMICO DE LAS ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

CUADRO 1

ANALFABETA	28	17%
NIVEL PRIMARIO ACTUAL	84	50%
NIVEL SECUNDARIO ACTUAL	46	27%
NIVEL DIVERSIFICADO ACTUAL	11	6%
TOTAL	169	100%

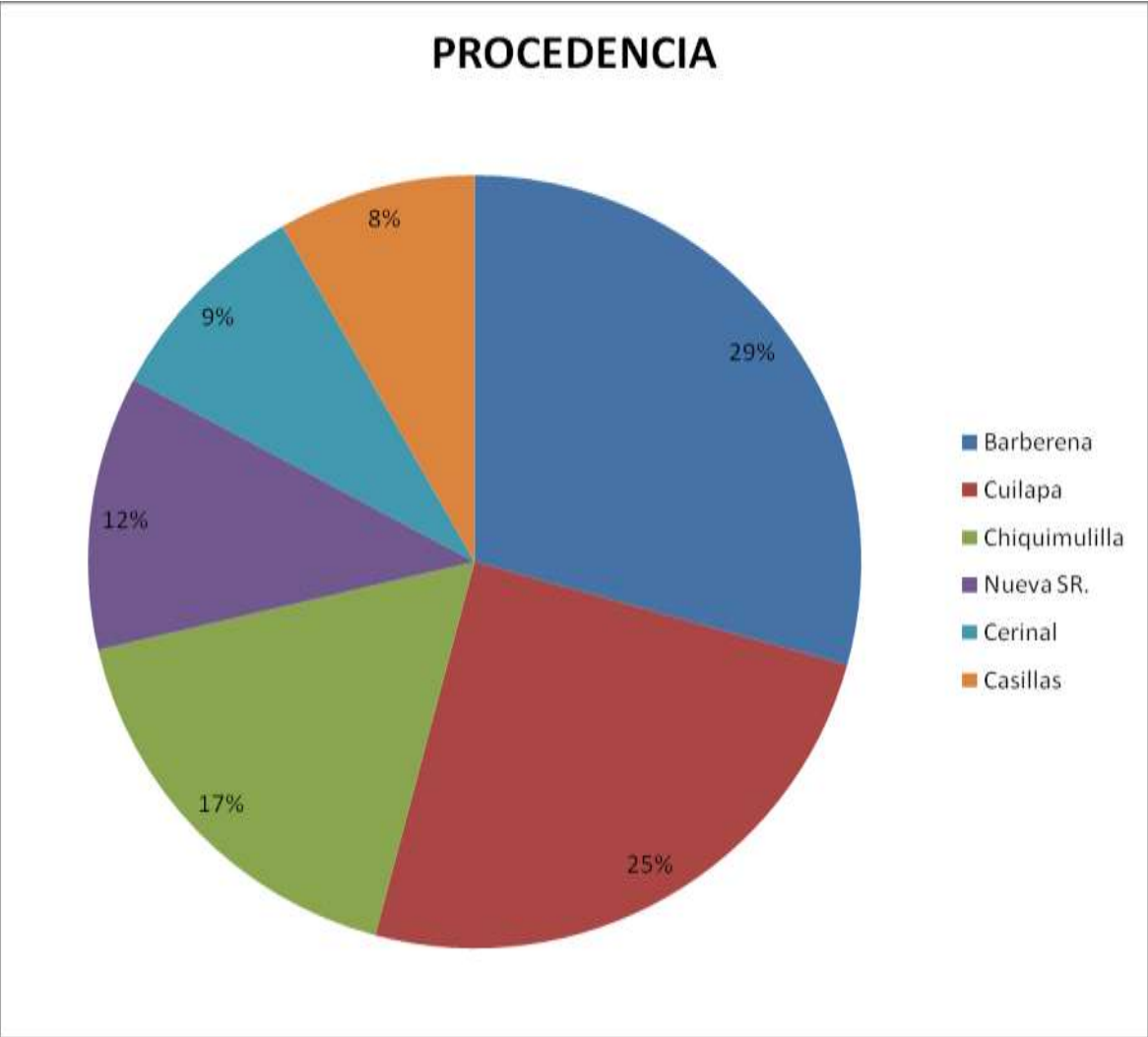
EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

CUADRO 2

28-30 SEMANAS	47	28%
31-33 SEMANAS	70	41%
34-36 SEMANAS	52	31%
TOTAL	169	100%

PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

GRAFICO 7



VI. DISCUSION Y ANALISIS

El trabajo de parto pretermino es una entidad patológica que se presenta en un 35% de la población en general siendo bastante frecuente en pacientes adolescentes que experimentan por primera vez un embarazo, con una incidencia hasta del 68%, y que están expuestas a factores de suma importancia desde el punto de vista epidemiológico como lo son el nivel de educación, la pobreza extrema y un bajo nivel socioeconómico. Es de mencionar que la mayoría de adolescentes que desarrollan trabajo de parto pretermino según la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia están comprendidas entre los 15 y 17 años (7).

El total de pacientes con trabajo de parto pretermino que ingresaron al servicio de Cuidados Perinatales del Hospital Regional de Cuilapa de enero del 2009 a diciembre del 2013 fue de 225, de estas 169 llenaron los requisitos requeridos para la investigación siendo el 75% del total de los casos, con una incidencia del 78%, porcentaje que va acorde con lo mencionado por varias literaturas.

La frecuencia y porcentaje según la edad de las 169 pacientes con trabajo de parto pretermino en el Hospital Regional de Cuilapa, se observa que el 78% de la población a estudio se encontraba comprendidas entre las edades de 16 y 17 años siendo el valor máximo 17 años y el mínimo 12 años. Estos datos son similares a los mencionados por algunas literaturas ya que en jóvenes menores se debe de recordar que la inmadurez de los órganos internos, útero, ovarios, trompas de Falopio y vagina, así como la inestabilidad psíquica y emocional de la paciente hacen que el embarazo se mal llevado conduciendo todo esto al desarrollo de trabajo de parto pretermino (2).

En el estado civil de las adolescentes con diagnóstico de trabajo de parto pretermino se pudo establecer que el 54% son madres solteras, el 37% tiene unión de hecho y apenas el 9% es casada, situación que llama la atención ya que por la corta edad en la que se embarazan asociado a falta del apoyo moral y económico de su pareja, existe una repercusión psicológica lo que predispone a la paciente a desarrollar dicha entidad clínica. Al relacionar la edad con el estado civil el 90% de las pacientes comprendidas entre las edades de 12 a 15 años no tienen pareja estable.

Se determino que el 50% de la población objeto de estudio apenas logro alcanzar un nivel de estudio primario y el mismo incompleto ya que el 60% no supera el tercer grado, el 27% alcanzo el nivel secundario, de ellas solo el 50% termino el primer año, el 17 es analfabeta y apenas el 6% alcanzo los primeros años del diversificado, lo que deja notar el impacto social que tiene el nivel académico en estas pacientes que en su mayoría al verse en estado de gestación abandonan y difícilmente regresan en el futuro por razones principalmente de tipo económico.

Al relacionar la edad de las pacientes con su nivel académico la mayoría de pacientes abandono la escuela por razones de embarazo cuando cursaban el nivel secundario (4)

Se logro establecer que el 41% de las adolescentes desarrollaron trabajo de parto pretermino entre las semanas 31 y 33 de gestación, dato que coincide con la literatura consultada, siendo esta de 30 a 34 semanas con mayor frecuencia, el 31% entre las 34 y 36 semanas y el 28% lo desarrollaron antes de las 30 semanas, esto como consecuencia a factores psicológicos como emocionales secundario en la mayoría de casos a embarazos no deseados y abandono de la pareja , así también factores laborales relacionados que por el embarazo tienen que abandonar los estudios y realizar trabajos extenuantes, todo esto conllevan a la adolescente a llevar un mal control prenatal y ser factor de riesgo para el desarrollo de cualquier patología obstétrica tal como lo establece la mayoría de literaturas.

Se logro determinar que el 27% de las adolescentes con diagnostico de trabajo de parto pretermino eran originarias del municipio de Barberena, 23% de Cuilapa, 16% Chiquimulilla, 11% Nueva Santa Rosa, y el resto de las consultantes eran originarias de otros municipios y caseríos aledaños (11)

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La incidencia de trabajo de parto pretermino en pacientes adolescentes que fueron objeto de estudio fue del 78%
- 6.1.2 El 78% de la población adolescente que presento cuadro clínico de trabajo de parto pretermino estaba comprendida entre los 16 y 17 años de edad y el 22% estaba entre los 12 y 15 años de edad, con un promedio de edad de 16 años.
- 6.1.3 Se logro determinar que el 91% de la población objeto de estudio no tiene una relación formal con su pareja ya que en su mayoría son madres solteras o tienen únicamente unión de hecho, mientras que solo el 9% son casadas.
- 6.1.4 El 50% de las adolescentes objeto de estudio apenas lograron cursar nivel primario y el mismo incompleto el 27% nivel básico y el 17% es analfabeta.
- 6.1.5 El 69% de la población objeto de estudio desarrollo trabajo de parto pretermino cuando tuvieron una edad gestacional de 28-33 semanas y el 31% lo desarrollo de las 34-36 semanas de edad gestacional.
- 6.1.6 El 54% de la población que se estudio era procedente del municipio de Barberena y Cuilapa y el 46% restante de la población pertenecía a municipios y caseríos aledaños al departamento de Santa Rosa.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Se recomienda a las autoridades de salud crear programas enfocados directamente a educación sexual en adolescentes y con ello se lograra contribuir a la disminución de embarazos no deseados y con ello el aumento de la incidencia de trabajo de parto pretermino.
- 6.2.2 Se recomienda ampliar la cobertura en salud y crear modelos de prevención enfocados en la adolescente embarazada y con ello evitar complicaciones durante el desarrollo de la gestación y de la misma forma buscar alternativas de remitirlas a un centro de atención especializada ya que por el hecho de tratarse de un embarazo a temprana edad se convierte en un alto factor de riesgo.
- 6.2.3 Incentivar a la población en general con especial énfasis en adolescentes a poder llevar su control prenatal en forma correcta y ordenada con el personal calificado de ser posible en su lugar de origen o de lo contrario acudir al lugar idóneo según recomiende su prestadora de servicios de salud.
- 6.2.4 Se recomienda a la población adolescente informarse continuamente sobre métodos de planificación familiar y con ello evitar embarazos no deseados y complicaciones obstétricas.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aragón Fernández, MA. 2007 Incidencia de Trabajo de Parto Pretermino, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, Nicaragua, Tesis Gineco- Obstetra, Nicaragua, UNAN-León. p 11-23.
2. Arias F, MD. 1994. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2 ed. España. Editorial Mosby/doyma libros. p.185,209.
3. Beteta S. Incidencia y Prevalencia de Parto Pretermino: características maternas y resultado neonatal. Instituto Materno Perinatal. RevHosp Mat Inf Ramón Sardá. 2005;21:13-21:
4. Cunningham, FG; Gant, NF; Leveno, KJ; Gilstrap, LC; Hauth, JC; Wenstrom, KD. 2004. Obstetricia Williams. 21 ed. España. Editorial Medica Panamericana. p. 123,151.
5. Erazo, JF. 2004, Trabajo de Parto Pretermino, Causas y Factores, México. Tesis Gineco-Obstetra. Mexico, UNAM. p 5,13.
6. Elche Ramirez A, López Pacheco J, Juan Brito B, Vila Hernández S, Rodríguez Cruz S, Cisneros Castolo M. Trabajo de Parto Pretermino: reporte de 145 casos en una unidad de cuidados perinatales. RevAsocMexMedCrit Ter Int 2003;17:127-165
7. Gabbe, MD; Niebyl, JR; Simpson, MD. 2006. Obstetricia. 4 ed. España. Editorial Marban. p. 202,245.
8. Gabito Osorio, JR. 2001. Incidencia y manejo del Trabajo de Parto Pretermino, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, Nicaragua, Tesis Gineco-Obstetra, Nicaragua, UNAN-León. p 11-18.

9. INE (Instituto Nacional de Estadística, GT) 2010. INE: base de datos censo poblacional 2010 (en línea). Guatemala. Consultado 12 jul. 2012. Disponible en <http://www.ine.org.gt>.
10. Johns Hopkins. 2005. Ginecología y Obstetricia. 2 ed. Madrid España, Editorial Marban. p 123,133.
11. Jones III, HW; Wentz, AC; Burnett, LS. 2004. Ginecología de Novak. Trad. F. GarciaRoing. 13 ed. México, Editorial Mc Graw Hill. p 134,141.
12. Juez Mejía, FA. 2004. Incidencia de parto pretermino en adolescentes en el Hospital Nacional "Juan J. Ortega, de Coatepeque, Guatemala. Tesis Medico y Cirujano. Guatemala, USAC. p 4-14.
13. López Ríos, A. 2001, Epidemiología del trabajo de parto pretermino en el Instituto Peruano de Seguridad Social. Tesis Medico Gineco-Obstetra. Honduras, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. p 6-34.
14. Manzanero J, Zepeda S, Quintanilla O. Trabajo de parto pretermino: descripción de 303 casos en Cali RevColombObstetGinecol 2005;52:34-40
15. Mazariegos Equite, TC. 1999. Manejo del Trabajo de parto pretermino, en el Hospital Nacional de Puerto Barrios Guatemala. Tesis Medico y Cirujano. Guatemala, USAC. p 10-19.
16. Pérez Sánchez, A; DanosoSiña, E; Obstetricia. 3 ed. 1999, Santiago Chile, Editorial Mediterraneo. p 224,231.
17. Pritchard Jack A. R. Weismand Jr. D. Ratnoff, The new England of Medicine vol. 250, No. 3 January 21, 2004.

18. Ramírez GF, Lima Ak, Zurdo R. Manejo del trabajo de parto pretermino en adolescentes. *GinecolObstetMex.* 2002;68:5-4.
19. Schwarcz, Lt; Sala, RD; Diverges, F. 2005. *Obstetricia.* 6 ed. Buenos Aires, AR, Editorial el Ateneo. p. 165,176.
20. SuróBatlló, J; *Semiología Médica y Técnica Exploratoria.* 8 ed. Hospital de la Merced, San Diego California, EE.UU. Editorial Masson. p 234,245.
21. Urbina Morales, LI 2002. Factores asociados al desarrollo de Trabajo de parto pretermino, en el Hospital Bertha Calderón Roque de Nicaragua. Tesis Gineco-Obstetra. Nicaragua, UNAN. p 13-27.
22. Velásquez Zapata, E. 2007. Incidencia de Partos prematuros y Manejo de sus complicaciones, Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Nicaragua, Tesis Medico y Cirujano, Nicaragua, UNAN. p 19-31.
23. Villa López Víctor I, Veral Hernández Leopoldo, Charles M. Solís. Esquema Terapéutico del trabajo de parto pretermino. *Ginecología y Obstetricia de México.* Vol. 45 No. 267, Enero 2003, pág. 21-32.
24. Wallace Rojas J, Belha Colmenas M, Alvarado S, Ricardo Capretta D. Trabajo de Parto Pretermino en la Maternidad del Hospital Dr. Adolfo Prine Lara. *RevObstetGinecolVenez* 2006;61;45-56
25. Wayne. W.D. 2001. *Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud.* Trad. F León Hernández. 3 ed. México, Editorial Limusa. p. 39,51.

VIII ANEXOS

ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES

Numero de Historia Clínica_____

Edad _____ años

Lugar de Procedencia_____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Fecha de ultima regla_____ Fecha probable de parto_____

Gestas_____ partos_____ abortos_____ Cesáreas_____

Hijos vivos_____ Hijos muertos_____ Otros_____

PERFIL EPIDEMIOLOGICO

Estado civil: Soltera_____ Casada_____ Unida_____

Nivel Académico: Primaria_____ Secundaria_____ Diversificado_____

EDAD GESTACIONAL_____

ANEXOS 2

LISTADO DE 169 ADOLESCENTES CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA DE LOS AÑOS 2009-2013

ANEXO 1

BASE DE DATOS AÑO 2013

EDAD	REGISTRO MEDICO
17	13-5574
17	07-19381
17	13-2743
17	13-802
17	12-7473
17	09-11255
17	08-14913
17	13-11552
17	13-1260
17	13-1981
17	07-7911
17	13-12275
17	08-7953
17	13-12000
17	13-2582
17	11-1128
17	12-11628
17	12-18350
16	13-026
16	13-10897
16	13-7705
16	13-7164
16	13-3226
16	13-8591
16	13-3769
16	13-5273
16	13-1330
16	13-13267
16	09-10436
16	13-6702
16	07-13798
16	13-6213
16	12-17130
16	13-5542
16	13-6932

16	13-4077
16	13-4971
15	09-7415
15	11-14221
15	10-13425
14	13-11362
14	13-4646
13	12-4567
12	13-5534

BASE DE DATOS AÑO 2012

EDAD	REGISTRO MEDICO
17	12-749
17	10-3730
17	12-1628
17	06-9632
17	10-12229
17	7-7897
17	12-229
17	11-7904
17	12-9718
17	11-16281
17	12-4096
17	12-7091
17	09-3117
17	12-14559
17	12-2693
17	11-1879
17	12-664
16	06-6301
16	12-2340
16	12-7060
16	12-6263
16	12-9402
16	12-486
16	12-13119
16	12-4855
16	12-8261
16	11-6637
16	09-10729
16	12-7598
16	11-856
16	08-7173
16	10-13751
15	11-2253
15	10-3456
15	09-8765

15	11-3455
14	10-12233
14	12-456
13	11-7897

BASE DE DATOS AÑO 2011

EDAD	REGISTRO MEDICO
17	11-7375
17	06-13867
17	11-12845
17	11-11375
17	11-2416
17	06-6017
17	11-16608
17	08-2380
16	11-16871
16	11-2571
16	11-12391
16	11-2391
16	11-15317
16	10-14885
16	11-638
16	11-10741
16	11-16123
16	10-16702
16	09-6754
16	09-9876
16	10-12354
16	11-2345
15	10-4567
15	11-5673
15	13-7903
14	10-8765
14	09-6754
14	08-876
13	12-2349

BASE DE DATOS AÑO 2010

EDAD	REGISTRO MEDICO
17	9-7378
17	05-11867
17	10-12945
17	10-10275
17	10-1416
17	06-6023
17	07-18698
16	08-2311
16	10-16871
16	09-2571
16	10-9391
16	10-2314
16	07-317
16	10-4885
16	10-1638
16	09-741
16	10-6123
16	10-6702
16	07-9876
16	09-5567
16	08-2347
16	10-2357
15	10-987
15	07-7943
15	11-1876
15	12-2098
15	10-1156
14	12-1987
13	10-8359
13	10-1269
12	09-10867

BASE DE DATOS AÑO 2009

EDAD	REGISTRO MEDICO
17	6-378
17	05-19900
17	09-9876
17	08-10270
17	09-19416
17	06-8021
17	07-8691
17	08-2387
16	08-6889
16	09-2590
16	07-9311

16	08-2367
16	07-2179
16	09-14889
16	08-11637
16	06-381
16	13-12743
16	13-1878
16	09-14731
15	09-12551
15	09-4989
14	11-552
14	13-11607
13	13-3982
13	07-7876
12	13-2786

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTE**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señale lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.