

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernaldes durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015”

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL
DE MEDICO CIRUJANO**

ANABEL DENISSE CUZCANO BUSTINZA

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE LA TESIS

Dra. Rosa B. Gutarra Vilchez
ASESORA

LIMA - PERÚ

2016

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A mis padres, Ana y Abel, porque ellos han dado razón a mi vida, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

A mis hermanos del internado médico, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas; y a todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, fuente de apoyo constante e incondicional
en toda mi vida y más aún en mis duros años de
carrera profesional.

RESUMEN

Introducción: El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública en países industrializados y no industrializados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que a nivel mundial tiene una tasa entre el 5 y 10%.

Objetivo: Determinar las características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección de datos prospectiva en una población de 112 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Sergio Bernales que cumplan nuestros criterios de inclusión y exclusión, para medir las variables se usó una ficha de recolección de datos . Se usó el programa SPSS v 11.1. Las variables numéricas se analizaron a través de promedios y desviación estándar. Las variables categóricas usando frecuencias y porcentajes

Resultados: La edad promedio de las gestantes fue $17,9 \pm 1,3$, el 80.36% fueron prematuros a término, la mediana de la edad gestacional fue de 36 semanas. El 85.71% de las gestantes tuvieron estudios secundarios, el 96% no tuvo parto pretérmino previo, el 94.64% no consume tabaco, el 90.18% no presentó anemia, el 20.54% presentó infección urinaria en algún trimestre de gestación, 12.5% de las gestantes presentó ruptura prematura de membranas sin embargo el 99.11% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta.

Palabras claves: Parto pretérmino, gestante, adolescente

ABSTRACT

Introduction: Teen pregnancy is considered a public health problem in industrialized and non-industrialized countries. The World Health Organization (WHO) says that globally has a rate between 5 and 10%.

Objective: To determine the characteristics of teenage mothers with preterm birth in the Sergio Bernales hospital during the period November 2014 to November 2015

Methodology: quantitative, descriptive, cross-sectional study with prospective data collection in a population of 112 pregnant adolescents seen at the Sergio Bernales Hospital that meet our criteria for inclusion and exclusion, to measure the variables a form of data collection was used. SPSS 11.1 program was used. Numeric variables were analyzed by means and standard deviation. Categorical variables using frequencies and percentages

Results: The average age of pregnant women was 17.9 ± 1.3 , 80.36% were premature the term, the median gestational age was 36 weeks. The 85.71% of pregnant women had secondary education, 96% had no previous preterm delivery, 94.64% did not consume snuff, 90.18% had no anemia, 20.54% had urinary infection at some trimester, and 12.5% of pregnant women presented premature rupture of membranes however 99.11% had no abruption.

Keywords: Preterm delivery, pregnant, teen

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública en países industrializados y no industrializados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que a nivel mundial tiene una tasa entre el 5 y 10%.

Actualmente, la sobrevivencia de estos neonatos se ha incrementado por el avance tecnológico, lográndose verdaderos milagros de la medicina en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Estos avances, lo que han logrado, es incrementar la supervivencia pero también la comorbilidad. Por lo que, la reducción de sus tasas actuales es un reto y compromiso de los servicios médicos relacionados con la atención y los cuidados a estas madres y sus productos. Las medidas que pueden ayudar en este objetivo son las medidas preventivas de los principales factores de riesgo identificados por la literatura médica, siendo los factores maternos uno de los principales responsables de las elevadas prevalencias.

Los principales cuestionamientos de los embarazos en adolescentes se basan en aspectos sociodemográficos entre ellos a la inmadurez de esta madre para la educación de su hijo, en la probable interrupción de su educación, en el aumento de los costos económicos en su núcleo familiar y que todo esto repercute negativamente en el bienestar de su hijo. Por otro lado existe el cuestionamiento sobre si el organismo de la adolescente está preparado en forma fisiológica y anatómica para aceptar un embarazo y mantenerlo hasta el término.

Con el objetivo de conocer las características que llevan a las gestantes adolescentes a tener un parto pretérmino se decidió realizar el presente trabajo en un Hospital nivel III, ubicado en una zona donde la incidencia de embarazo adolescente sobrepasa el porcentaje de Lima metropolitana.

ÍNDICE

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	8
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS.....	16
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	21
CAPITULO III: METODOLOGÍA	24
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	24
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	24
3.3.1. Criterios de Inclusión	24
3.3.2. Criterios de Exclusión.....	25
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.4.2. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS.....	26
3.5.1. METODOS DE ANALISIS DE DATOS	26
3.5.2. PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANALISIS DE DATOS	27
3.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS.....	27
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	28
4.1 RESULTADOS.....	28
4.2. DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
5.1 CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
ANEXOS.....	54

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

La presente investigación abarca la línea de investigación de Ginecología y obstetricia cuya ejecución será realizada en el Hospital Sergio Bernales cuya ubicación se encuentra en el distrito de Comas.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es uno de los dilemas médicos más importantes derivados de la conducta sexual de los jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, el uso inadecuado de los anticonceptivos; lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas. (1)

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad (2)

El parto pretérmino es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y el 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos con menor a 32 semanas de gestación .El nacimiento pretérmino puede hacer que el parto no sea un acontecimiento alegre sino que constituya el inicio de un camino de incertidumbre y problemas de salud, donde las limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo pueden estar presentes. (3)

Es una complicación presente en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel socioeconómico, lo que puede

deberse a que en las poblaciones rurales y urbanas marginales la unión a un cónyuge y la maternidad se convierten en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son realmente difíciles siendo probable que ésta represente una mejor condición individual y para los padres un compromiso menor. (4)

La incidencia de parto pretérmino es muy variable, tiene tendencia marcada al aumento tanto en países desarrollados como emergentes, así lo demuestra un estudio de reciente publicación del Instituto de Medicina de los Estados Unidos que reporta que en las últimas dos décadas, los partos pre término se han incrementado de 9.4% en 1981 a 12.8% en el 2006 (5); a diferencia de Chile en donde las cifras de prematuridad se han mantenido estables durante la última década, en alrededor de 6% sobre el total de nacimientos (6)

En nuestro país, un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal mostró una incidencia de 5,02% en 1996 (7), la que según estadística del mismo Instituto aumentó al 6.3% en el 2007, dato muy similar al observado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que en el 2006 tuvo una incidencia alrededor del 6% (8). El Hospital Hipólito Unanue reportó una prevalencia de 4.3% del 2002-2006. (9)

Existen estudios a nivel mundial que reconocen que los factores de riesgo para embarazo pretérmino son anemia, ruptura prematura de membranas, infecciones, preeclampsia, desprendimiento prematuro de membrana (10). A nivel nacional mencionan que los factores son infección de tracto urinario, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, vulvovaginitis, edad materna extrema, número de controles prenatales y peso pregestacional. (11)

Actualmente, debido a los avances en la medicina perinatal, hay un incremento en las tasas de supervivencia de los recién nacidos

prematuros y con bajo peso, especialmente en los prematuros extremos. En países desarrollados los niños nacidos después de las 32 semanas tienen una tasa de supervivencia de casi el 100%. (12) Por todo lo expuesto anteriormente planteo la siguiente pregunta de investigación:

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El parto pretérmino es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y el 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos con menos de 32 semanas de gestación. Por ello el embarazo adolescente se considera un problema de salud pública, una situación muy frecuente en nuestra sociedad que conlleva a situaciones de riesgo para el binomio madre – hijo.

Este estudio tiene relevancia teórica porque se desconoce los factores de riesgo en una población de bajos recurso como es la que acude al Hospital Sergio Bernales, aun cuando existes muchos estudios a nivel mundial y nacional creemos que esta población tiene ciertas particularidades.

Por otra parte, el nacimiento pretérmino se relaciona con gastos importantes de salud pública. En los países industrializados, la mayoría de los niños con bajo peso al nacer suelen ser pretérmino.

En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos de América, se estimó que los gastos adicionales en salud, educación y cuidados generales de niños de 15 años o menos que habían tenido bajo peso al nacer ascendieron a alrededor de US\$6 000 millones. Entre los nacidos con un peso menor de 1 500 g, que constituyen cerca de 1% de todos los nacimientos, el costo de la atención médica de cada niño durante el primer año de vida fue de \$60 000 en promedio por lo tanto conocer los factores de riesgo y evitarlos tiene relevancia económica.

Además tiene relevancia social porque afecta principalmente grupos vulnerables como son gestantes de bajos recursos y recién nacidos. Ambos grupos dependientes.

La relevancia local radica en que estos resultados pueden servir para tomar medidas preventivas no solo dentro del hospital sino también en los centros periféricos que es donde ocurren las gestantes en un primer momento.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los antecedentes demográficos de las gestantes adolescentes con parto pretérmino
- Determinar los antecedentes obstétricos de las gestantes adolescentes con parto pretérmino.
- Identificar las patologías más frecuentes de las gestantes adolescentes con parto pretérmino

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Manrique y Rivero nos detallan que la prematuridad en hijos de madres adolescentes representó el 15,13 % con edades comprendidas entre los 17 a 19 años (67,31 %), las patologías maternas descritas en este grupo de estudio se encontraron en todos los casos, dentro de las que se describen, las infecciones urinarias (91,71 %) y del tracto genital (90,24 %), trastornos hipertensivos del embarazo (32,68 %), hemorragia obstétrica (01,95%), anemia (74,63 %) y la ruptura prematura de membrana (07,32 %). Se encontraron otras patologías como: incompatibilidad Rh, toxoplasmosis materna, insuficiencia útero-placentaria, diabetes gestacional, condilomatosis vulvar y la sepsis. (13)

Morgan determinó que una mayor proporción de las pacientes con nacimiento pretérmino tuvo un control prenatal irregular o nulo, así como también se encontró una asociación entre la rotura prematura de membranas y el nacimiento pretérmino. (14)

Pages y Martel señalaron que el antecedente de un PP está asociado con una posibilidad de recurrencia que varía entre 17% y 37%. La edad es otro factor de importancia y la incidencia es más alta en mujeres menores de 20 años, tanto para el primero como para el segundo o tercer embarazo. El hábito de fumar y el uso de cocaína se han asociado, con incidencia de PP y con mayor frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, patología placentaria. (15)

El estudio de Molina y et al (México, 2011) objetivizó identificar los factores maternos asociados con parto pretérmino espontáneo versus nacimiento por cesárea. En el análisis bivariado se asociaron con pre término espontáneo: control prenatal deficiente y madre menor de 20 años; para nacimiento pretérmino por cesárea: infección de vías urinarias y rotura prematura de membranas amnióticas mayor de 24 horas. En el análisis multivariado se asociaron con nacimiento pretérmino espontáneo el antecedente de pre término espontáneo y control prenatal deficiente; los factores relacionados con pre término nacido por cesárea perdieron valor estadístico (16)

Rodríguez C, Ramos G, Hernández H determinaron que en cuanto los factores de origen infeccioso para el parto pretérmino, destacó como factor principal a las infecciones de vías urinarias con 46%, seguido de la ruptura prematura de membranas con 40% y la cervicovaginitis en 35% (17)

Corres M y colaboradores indicó que el impacto para el buen desarrollo del embarazo así como la tasa de complicaciones está en relación con el número e inicio temprano de consultas prenatales. En su estudio realizado el 76.3% recibió control prenatal, de éstas, sólo el 42.1% recibió al menos cinco que son las que establece la Norma Oficial Mexicana (NOM) 07 como mínimas que debe recibir una paciente embarazada, además sólo el 44.4% recibió la primera consulta en el primer trimestre. (18)

Salcedo y colaboradores afirman que la incidencia de parto pretérmino es variable, siendo más alta en África y al sur de Asia. En Estados Unidos su incidencia va de 10 a 15% mientras que en los países europeos se encuentra por debajo del 10%. En el mundo nacen anualmente 15 millones de niños pretérminos, de estos aproximadamente un millón mueren cada año. Investigaron a su vez que

se reportan importantes morbilidades a largo plazo como el déficit del desarrollo y del aprendizaje. Se concluye que niños pretérminos presentan mayor morbilidad neurológica, 2.7 más veces parálisis cerebral, 1.6 más veces retardo mental; 1.5 veces más desordenes psicológicos y 1.3 veces más alteraciones psiquiátricas, principalmente esquizofrenia y trastornos depresivos que los nacidos después de las 37 semanas. (19)

Couto N, Mendez N y Montes de Oca S; realizaron un estudio descriptivo y transversal de todos los nacimientos pretérminos en un hospital general en Cuba. La enfermedad hipertensiva se presentó en 16.1% seguida por el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (12.6%) y por el embarazo gemelar (8.3%) en tanto que las gestorragias (placenta previa y hematoma retroplacentario) se presentaron en 8.5% de las pacientes. (20)

Genes V, realizó un estudio de casos y controles en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la FCM-U.N.A. 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%. La presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93 IC95% 2,17-62,98), la preeclampsia 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. (21)

Jaramillo J y colaboradores realizaron un estudio de casos y controles en Bogotá incluyó 232 pacientes que tuvieron el parto entre las semana 24 y 36 de gestación (casos) y 232 pacientes con parto después de la semana 37 (controles), durante el periodo de julio de 2004 a junio de 2005. En el análisis se determinó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Determinaron a no realización de control prenatal (OR 5,1 IC95% 2,41–11,01), preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,70–10,16), ruptura prematura de membranas (OR 3,17 IC95% 1,92–5,23), embarazo múltiple (OR 7,65 IC95% 2,77–21,16) y el antecedente de parto prematuro (OR 5,59 IC95% 2,46–12,73) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presentación de parto prematuro. No hubo diferencias en las variables de edad, estado civil, procedencia, estado socio-económico, gravidez, paridad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y hábitos nocivos entre los grupos de casos y controles. (22)

2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

Según la OMS, el parto pretérmino, es el parto que ocurre después de la semana 22 y antes de iniciar la semana 37.

La OMS señala que a nivel mundial, el 84% de los partos pretérminos se produjo cuando la gestación fluctuaba entre las 32 a 36 semanas, el 10% se produjo entre las 28 a 32 semanas y 5% ocurrieron en edades gestacionales menores a 28 semanas. (23)

En los Estados Unidos, el año 2011, se produjeron 11.73% de nacimientos prematuros, distribuyéndose de la siguiente manera: 8.3% entre 34 a 36 semanas, 1.5% entre 32 a 33 semanas y 1.9% con menos de 32 semanas. (24)

Según la Oficina General de Estadísticas e Informática del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) el porcentaje de nacidos pretérminos entre los años 2005-2008 ha tenido un promedio de 4% respecto al total de nacidos vivos, con una disminución lenta (2005: 4.1%, 2006: 4%, 2007: 3.6% y 2008: 3.3%). Alrededor del 80% de los nacimientos pretérminos se presentaron en las regiones de Lima, La Libertad, Cusco, Cajamarca, Loreto, Junín, Ancash, Puno, Ucayali, Huánuco y Piura. (25)

Según la edad gestacional (26) en la que se produce el parto pretérmino se clasifica como parto:

- Prematuro tardío: 34 a <37 semanas
- Prematuro Moderado: 32 a <34 semanas
- Muy prematuro: 28 a <32 semanas
- Extremadamente prematuro: <28 semanas

Factores predisponentes

Aquellos que pueden explicarnos la aparición del parto pretérmino, y si bien no siempre se observan durante el embarazo, son causas de éste:

1) Socio demográfico / Maternos

- a) Edad:** Es uno de los factores asociados a la prematuridad con mayor incidencia entre las menores de 20 años y mayores de 34 años. Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad. (11)

- b) Procedencia:** se realizó un estudio en un Hospital de apoyo en Iquitos con una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que se encuentra que el 69.4% de las gestantes, proceden de zona urbanomarginal. (27)
- c) Estado civil:** El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pretérmino. (27)
- d) Nivel de instrucción y económico:** el bajo nivel cultural así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo, aunque éstos son dependientes el uno del otro. (28)
- e) Hábitos nocivos:** el hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino. Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto de pretérmino. El fumar se debe abatir fuertemente en el embarazo. El cigarro aumenta el riesgo de aborto espontáneo, defectos del nacimiento, parto pretérmino, recién nacidos con bajo peso, etc. Esto se debe a que el tabaco inactiva la hemoglobina materna y fetal por el monóxido de carbono, reducción de la perfusión placentaria por la acción vasoconstrictora de la nicotina y reducción del apetito materno.
- f) Previa enfermedades sistémicas y otros:** algunas enfermedades que pueden manifestar complicaciones en las gestantes son aquellas enfermedades crónicas de afección a órganos blancos como corazón, riñón, vascular y entre otras las endocrinológicas causando mayor riesgo de morbimortalidad, sobre todo en aquellas gestantes con edad de riesgo gestacional, que son el grupo etario con mayor predominancia sobre todas estas afecciones.

2. Gestacionales / obstétricos:

- a) Antecedente de Gestaciones/Paridad:** El número de gestaciones previas, como el número de partos es un determinante que necesariamente se relaciona con el parto pretérmino, aun a pesar de las controversias si es o no un factor de riesgo. (29)
- b) Antecedentes de partos pretérminos y abortos:** La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40 % y parece depender de la cantidad de partos pretérminos y abortos previos. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz. (30)
- c) Control Prenatal:** el control prenatal tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente. (31)
- d) Anemia:** El déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. Las embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables a presentar anemia por los altos requerimientos de hierro durante la gestación, que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales materno. (32)

- f) Infecciones urinarias:** La bacteriuria asintomática y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana, pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad. (33)
- g) Preeclampsia y eclampsia:** Las enfermedades hipertensivas del embarazo son la tercera causa de mortalidad materna en el Perú, convirtiéndose en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal. (34)
- h) Amenaza de parto pretérmino:** Este factor implica el inicio de un trabajo de parto (dolores de parto) antes de la semana 37, ya sea que lleve o no a un parto prematuro. Si esto ocurre antes de la semana 20 estamos en presencia de aborto o amenaza de aborto; esta situación es muy diferente al parto prematuro.

3. Factores utero placentarias

- a) Hemorragia del 2° y 3° trimestre (Desprendimiento prematuro de placenta):** La metrorragia de la segunda y tercera mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta prematura o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo o tercer trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo. El DPP se produce en un rango de 0,52 a 1,29% de los nacimientos. En nuestro medio (nacional), la incidencia aproximada del DPP es 1/300 embarazos, pero varía

substancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y población asistida. (35)

b) Rotura prematura de membrana: se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Fluctúa en promedio en el 10% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos de gestaciones de pretérmino (21)

4. Factores fetales

a) Embarazo múltiple: Este constituye uno de los riesgos más altos de prematuridad. Casi el 50 % de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas, siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de fetos que crecen in útero en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 semanas para los triples y 31 semanas para los cuádruples). (36)

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

a). Parto Pretérmino: se denomina al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

Subclasificación

- Prematuros a término: 34 a 36 semanas
- Moderadamente prematuros: 32 a 34 semanas
- Muy prematuro: < 32 semanas
- Extremadamente prematuros: < 28 semanas (23)

- b). Embarazo múltiple:** es aquella gestación en la que existen dos o más fetos intra útero, recibiendo el nombre de gemelar cuando se trata de dos fetos. (23)
- c). Antecedente de Parto pretérmino :** partos previos menores a 37 semanas pero mayores a 20 semanas. (23)
- d). Cesárea:** nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) (24)
- e) Pre eclampsia:** hipertensión gestacional (presión arterial > o igual de 140 / 90 mmHg después de 20 semanas de gestación) con proteinuria (> o igual 300 mg/24 h) (24)
- f) Eclampsia:** presencia de convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia. (24)
- g) Ruptura prematura de membranas:** ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas a partir de las 22 semanas de gestación hasta inclusive una hora antes del inicio del trabajo de parto. (23)
- h) Desprendimiento prematuro de placenta:** separación parcial o total de la placenta normoinserta, después de la 20va semana de gestación y antes del nacimiento del feto. (23)
- i) Infección del tracto urinario:** aislamiento de un microorganismo patógeno en más de 100,000 col/ml en orina de chorro medio. (23)
- j) Anemia:** concentración de hemoglobina < 12 g/dl en mujeres no embarazadas y menos de 10 g/dl durante el embarazo o el puerperio. (24)

k) Tabaquismo: consumo de tabaco durante la gestación. (24)

2.4. VARIABLES E INDICADORES

Ver Cuadro de Operacionalización de variables (Anexo 1)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema tratado y el alcance de los objetivos, el presente estudio constituye una investigación sin intervención, observacional, de tipo descriptivo.

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de enfoque cuantitativo, transversal descriptivo, y retrospectivo según la recolección de datos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La **población** de estudio está constituida por 112 gestantes entre 14 y 19 años que hayan cursado con un parto menor a 37 semanas atendidas durante el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015 en el Hospital Nacional Sergio Bernales. En este estudio el tipo de muestreo es no probabilístico censal.

La **unidad de análisis** es cada gestante

3.3.1. Criterios de Inclusión

- Gestante con diagnóstico de parto pretérmino entre 22 y 37 semanas de gestación, documentado en la historia clínica.

- Gestante con edad entre 14 y 19 años atendida durante noviembre 2014 a noviembre 2015

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Gestantes adolescentes que acuden al establecimiento con óbitos fetales.
- Gestantes adolescentes que hayan cursado con un parto menor a 20 semanas.
- Gestantes adolescentes con historia clínica incompleta
- Gestantes con comorbilidades sistémicas

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la autorización para el uso de historias clínicas a las autoridades correspondientes del hospital. Se realizó la revisión de las historias de pacientes con diagnóstico de Parto pretérmino previamente identificados en estadística, todos los días de la semana los datos correspondientes fueron pasados al instrumento de investigación constituido por una ficha de recolección de datos que consta de: datos demográficos (edad, condición socioeconómica, procedencia, menarquia, estado civil, paridad, abortos, edad de la primera gestación y de la última) antecedentes (parto pretérmino, consumo de tabaco, cesareada anterior) , patologías durante la gestación (anemia, infección urinaria, amenaza de aborto, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, oligoamnios)

3.4.2. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS

Los datos fueron obtenidos de historias clínicas en una hoja de recolección de datos (anexo 2) elaborada para el estudio, para el control de calidad se consultó con la oficina de Estadística del hospital.

3.5. PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS

3.5.1. METODOS DE ANALISIS DE DATOS

Luego de recopilar la información en las fichas respectivas, se ingresaron los datos al programa de SPSS versión 11.1, para el análisis de los datos.

Se realizó primero un análisis descriptivo de las variables cuantitativas que consiste en medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y medidas de dispersión (varianza, desviación estándar). En las variables cualitativas se calculó frecuencias y porcentajes.

Para la presentación de resultados se elaboró tablas simples y de doble entrada. Los resultados fueron presentados en gráficos y tablas.

3.5.2. PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANALISIS DE DATOS

Los programas a utilizar para el análisis de datos de este trabajo serán:

- Spss 11.1

3.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS.

Se realizó un documento de permiso a la sede hospitalaria especificando el tema de investigación para tener acceso a las historias clínicas, manteniendo la confidencialidad y transparencia de los datos obtenidos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

De todas las pacientes registradas en nuestra base de datos, la mediana de la edad fue 18 (rango intercuartílico: 16-19), la edad promedio fue de $17,9 \pm 1,3$ (Figura 1).

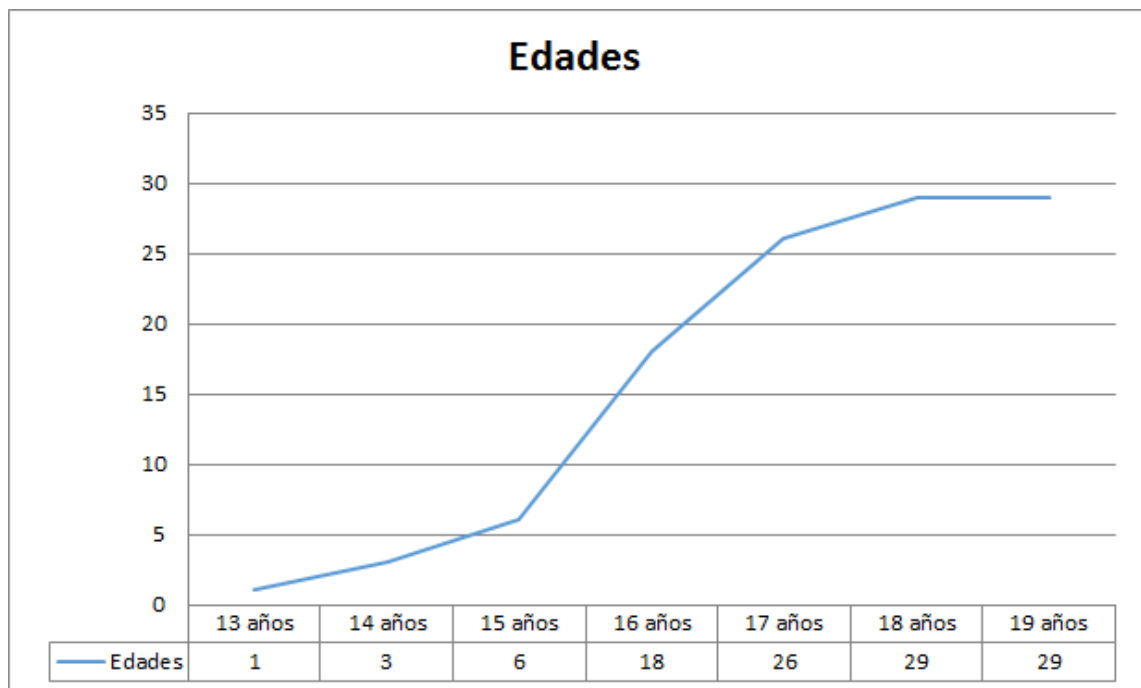


Figura 1. Edades de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015.

En cuanto a la edad gestacional, el 0,89 % (1) fueron extremadamente prematuros, el 3,57 % (4) fueron muy prematuros, el 15,18 % (17) fueron moderadamente prematuros, el 80,36 % (90) fueron prematuros a término, la mediana de la edad gestacional fue de 36 (Rango intercuartílico: 35-36) (Figura 2).

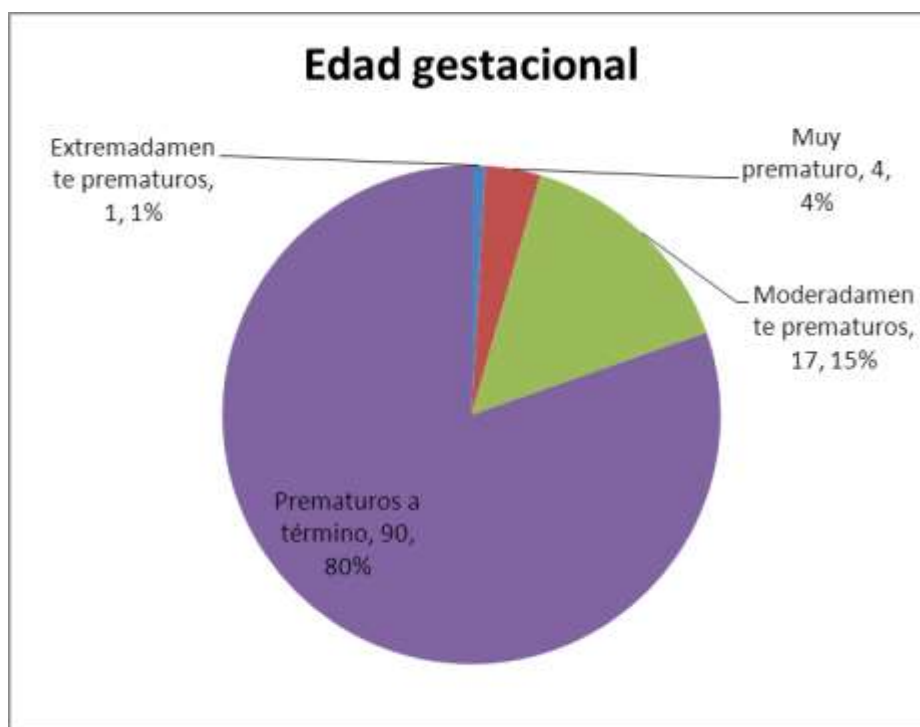


Figura 2. Edad gestacional de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

En relación al nivel educativo, el 4,46 % (5) tuvieron estudios primarios, 85,71 % (96) tuvieron estudios secundarios y el 9,82 % (11) tuvieron estudios superiores. Los servicios básicos, 112 tienen agua, el 99,1 % (111) tienen luz y el 99,9 % (103) posee desagüe. El material de vivienda, el 8,04 % (9) poseen casas de adobe, el 83,014 % (93) poseen casas de ladrillos y el 8,93 % (10) construyó su casa de madera. El estado civil, el 0,98 % (1) están casadas, el 59,8 % (61) son convivientes y el 39,22 % (40) estaban solteras. Las características sociodemográficas de la población se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

Características sociodemográficas	Número	Porcentaje
Nivel educativo		
Primaria	5	4,46
Secundaria	96	85,71
Superior	11	9,82
Servicios básicos		
Agua	112	100
Luz	111	99,1
Desagüe	103	99,9
Material de vivienda		
Adobe	9	8,04
Ladrillo	93	83,04
Madera	10	8,93
Estado civil		
Casada	1	0,98
Conviviente	61	59,8
Soltera	40	39,22

Dentro del tipo de parto, el 39,64 % (44) tuvieron parto distócico y el 60,36% (67) tuvo parto eutócico.

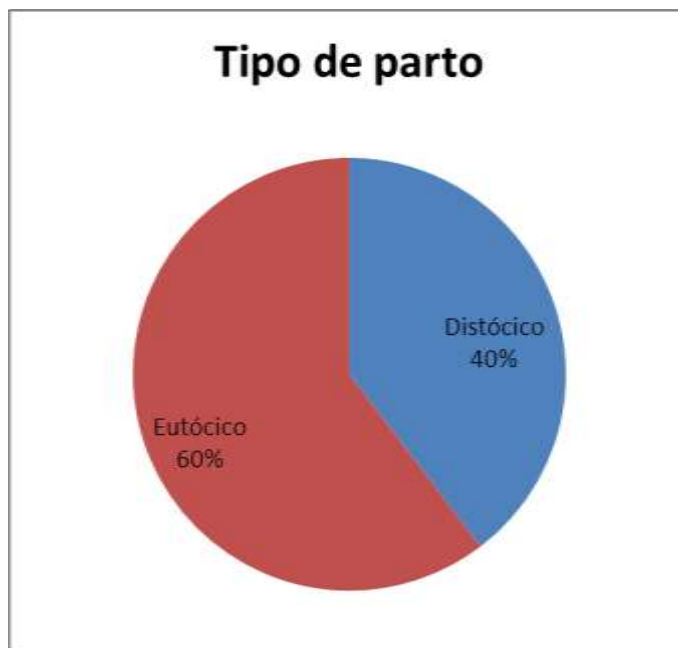


Figura 3. Tipo de parto de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

La mediana de la menarquia es de 12 años (Rango intercuartílico: 11-13) (Figura 4). La mediana del número de gestaciones totales fueron de 1 (Rango intercuartílico: 1-2) (Figura 5). La mediana de la edad de la primera gestación fue de 16 (Rango intercuartílico: 15-18). La mediana de la edad de la última gestación fue de 18 (Rango intercuartílico: 17-19).

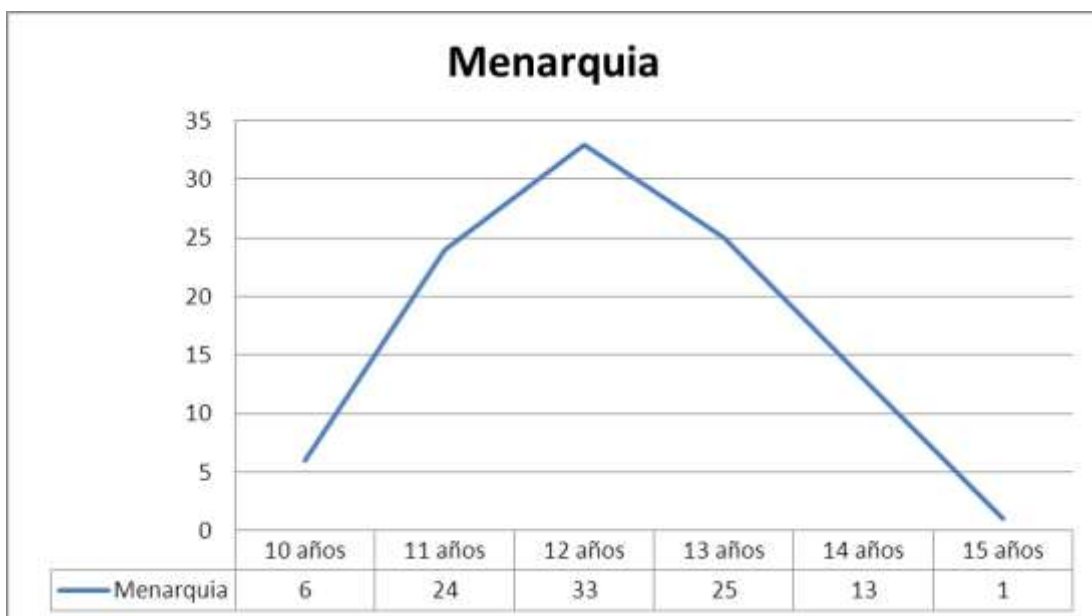


Figura 4. Menarquia en gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

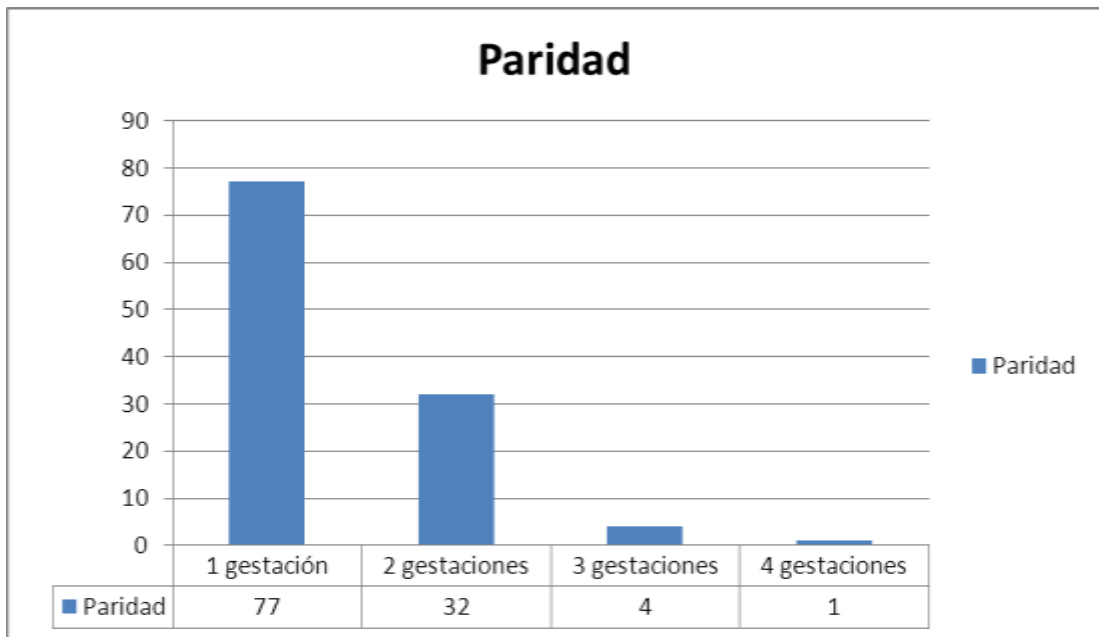


Figura 5. Paridad de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

En cuanto al aborto, el 88,39 % (99) no tuvo y el 11,61 % si (13) (Figura 6).

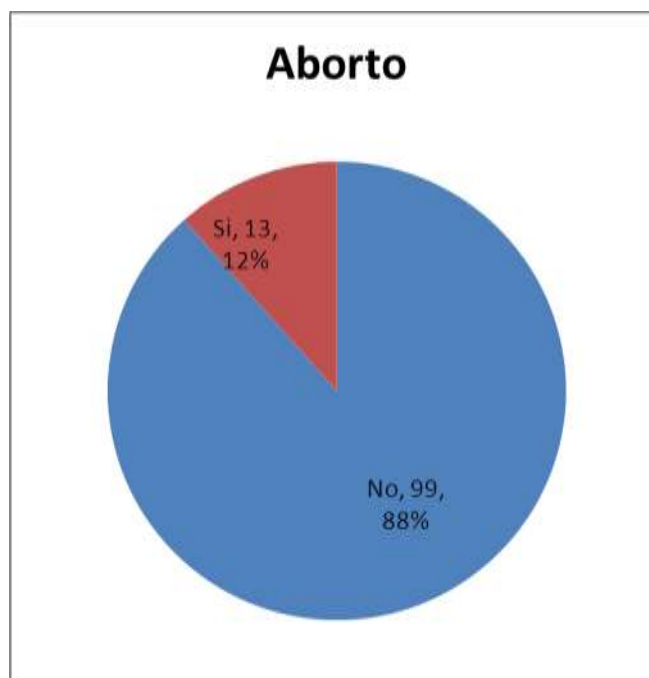


Figura 6. Aborto previo de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

El parto prematuro previo, el 96,43 % (108 no tuvo parto prematuro previo) y el 3,57 % (4) si tuvo un parto prematuro previo (Figura 7).

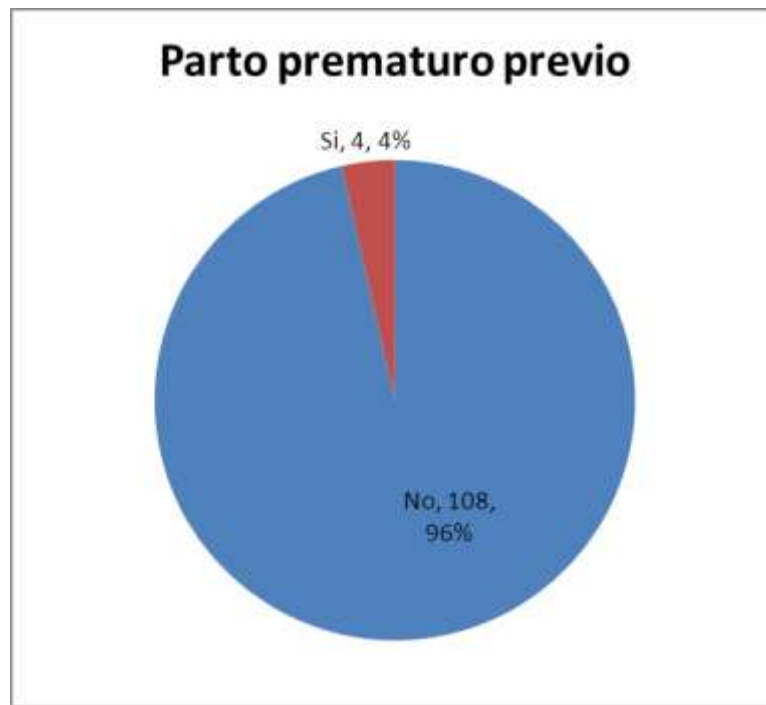


Figura 7. Parto prematuro previo de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

El 94,64 % (106) no consume tabaco y el 5,36 % (6) si consume tabaco. (Figura 8). El 89,29 % (100) no fueron cesareadas y el 10,71 % (12) si fueron cesareadas.

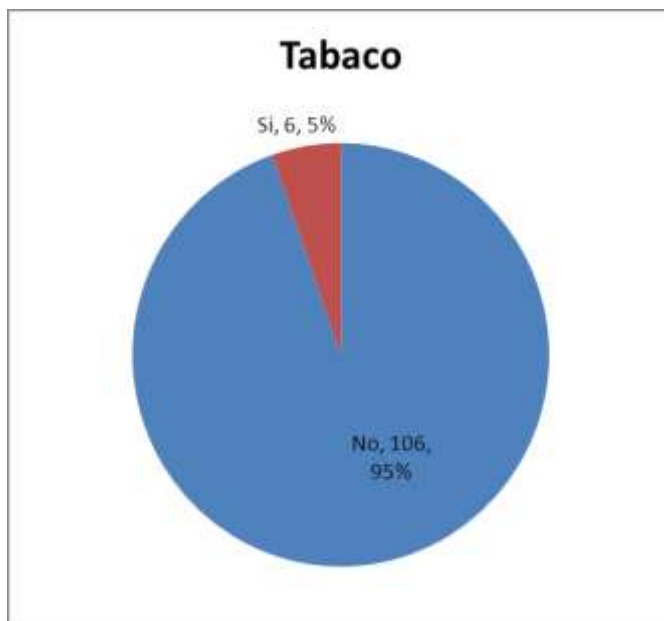


Figura 8. Consumo de tabaco de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

El 90,18 % (101) no tuvo anemia y el 9,82 % (11) si tuvo anemia (Figura 09)
La mediana de la hemoglobina fue de 11,6 (rango intercuartílico: 10,9-12,3)

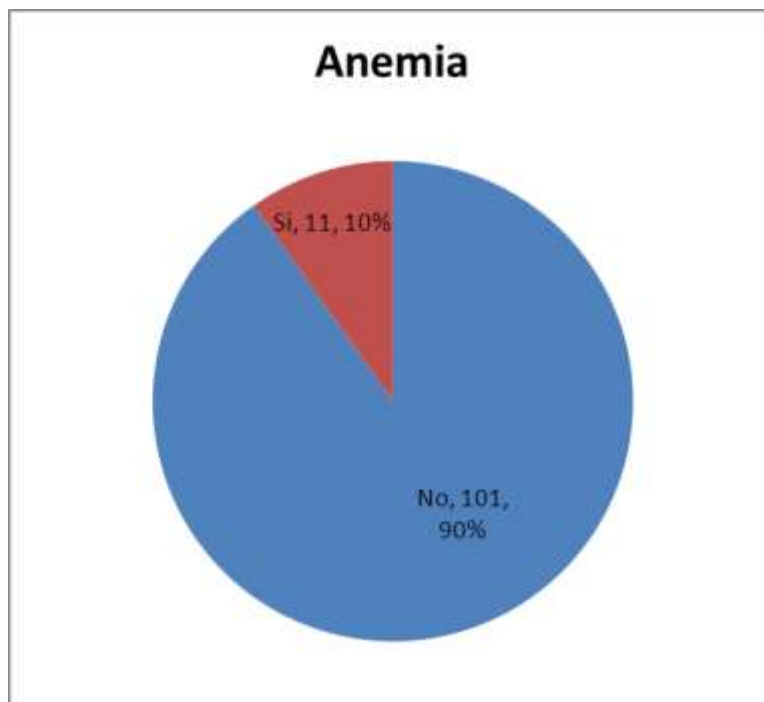


Figura 9. Prevalencia de anemia de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

El 79,46 % (89) no tuvo ITU y el 20,54 % (23) si tuvo ITU (Figura 10). El 92,86 (104) no tuvo amenaza de aborto y el 7,14 % (8) si tuvo amenaza de aborto (Figura 11).

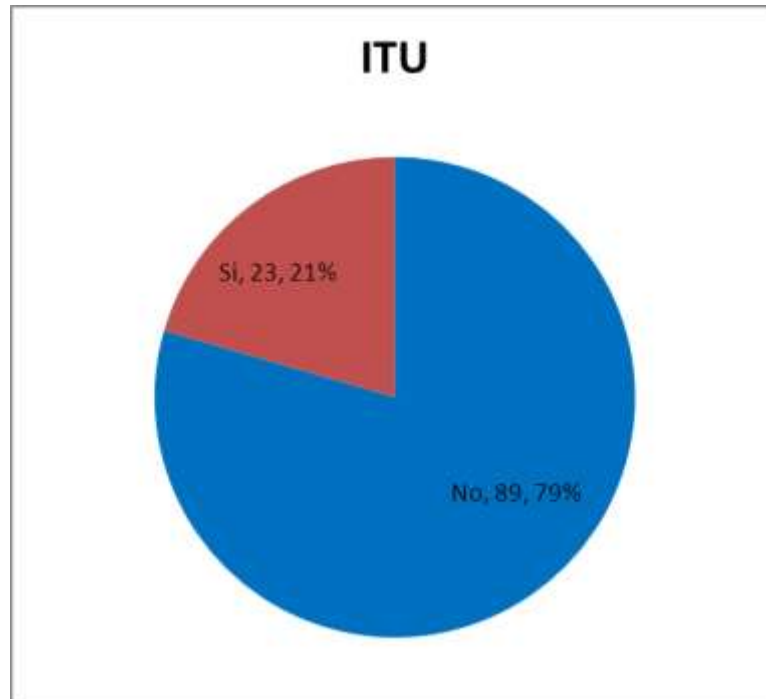


Figura 10. Prevalencia de ITU de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015



Figura 11. Amenaza de aborto de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

El 87,5 % (98) no tuvo ruptura previa de membranas y el 12,5 % (14) si tuvo ruptura previa de membranas (Figura 12). El 99,11 % (111) no tuvo desprendimiento prematuro de la placenta y el 0,89 % (1) si tuvo desprendimiento prematuro de placenta (Figura 13). El 95,54 % (107) no tuvo oligohidramnios y el 4,46 % (5) si tuvo (Figura 14).

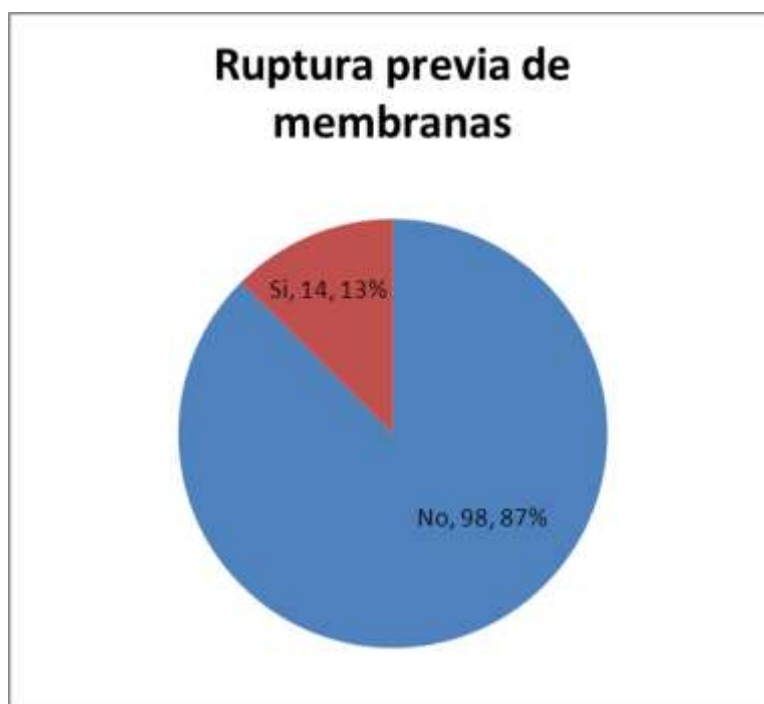


Figura 12. Ruptura previa de membranas de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernaldes durante noviembre 2014 a noviembre 2015



Figura 13. Desprendimiento Prematuro de Placenta de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

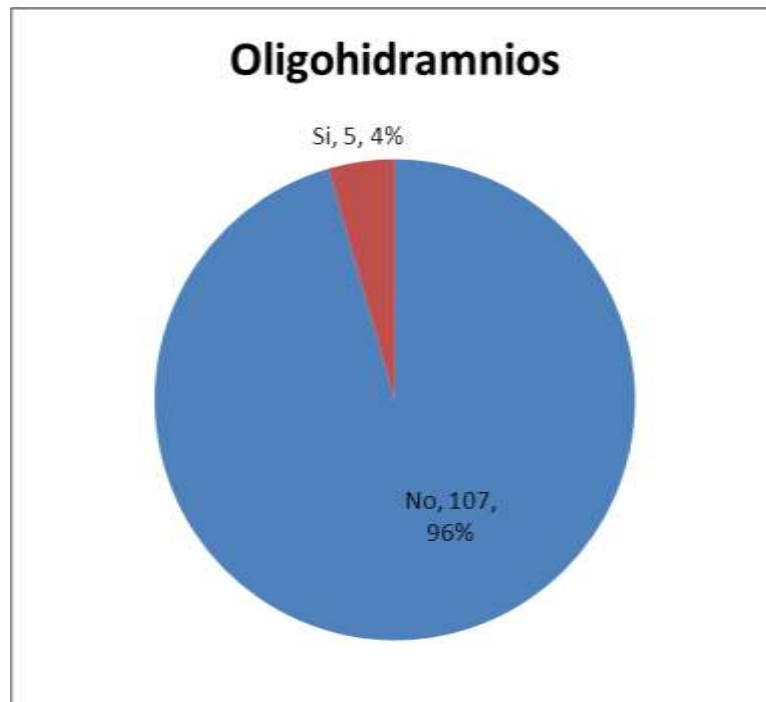


Figura 13. Oligohidramnios de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante noviembre 2014 a noviembre 2015

4.2. DISCUSIÓN

Nuestro estudio realizado en el hospital Sergio Bernales, Lima que constó de la revisión de 112 fichas durante el periodo 2014- 2015, reveló que las gestantes de parto pretérmino se encontraban en una edad promedio de $17,3 \pm 1,3$. De las cuales habían de 19 años (26%), 18 años (26%), 17 años (23%), 16 años (16%), 15 años (5%), 14 años (3%) y 13 años (1%). Estos resultados pueden ser comparables con el estudio de Manrique y Rivero que nos detallan que la prematuridad en hijos de madres adolescentes representó el 15,13 % con edades comprendidas entre los 17 a 19 años (67,31 %) (13). Asimismo, en la publicación de Pages y Martel, se menciona que la edad es un factor de importancia y la incidencia es más alta en mujeres menores de 20 años, tanto para el primero como para el segundo o tercer embarazo podemos comprender de que un gran porcentaje de partos prematuros se encuentran entre los 17 y 19 años (15) de la misma forma, el estudio de Pérez-Molina, concluye que un factor de riesgo para tener un parto pretérmino es que la madre sea menor de 20 años (16). De esto podemos concluir que nuestro estudio refleja resultados similares a otras publicaciones cuando se trata de que la incidencia más elevada en partos prematuros está dada entre los 19 y 17 años.

La edad gestacional presentó los siguientes datos: el 80% eran partos prematuros a término (34 a 36 semanas), el 15% moderadamente prematuros (32 a 34 semanas), muy prematuros (< 32 semanas) 4% y 1% extremadamente prematuros (< 28 semanas). Estos resultados coinciden con el estudio de Pages G (16) donde se evaluó 14, 882 nacidos entre 20 y 36 semanas en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca durante el periodo de septiembre de 2004 a agosto de 2005. La muestra incluyó a todos los nacimientos de 20 a 36 semanas de gestación que fueron añadidos al estudio de forma consecutiva de los cuales la muestra de 857 nacimientos pre término únicos, 489 (57%) fueron nacimientos pre término espontáneos y 368 (43%) nacidos por cesárea.

Dentro de los partos pre términos se encontró que: < 28 semanas (21%); 28-31 semanas (15%); 32-33 semanas (15%); 34-36 semanas (49%). Coincidiendo con nuestro estudio en que la mayoría de los partos pre términos se encuentran entre las 34 y 36 semanas.

Casi la totalidad de la población estudiada contaba con acceso a servicios básicos de agua, luz y desagüe. Con respecto al tipo de vivienda un 83% es de ladrillo, 8% de adobe y un 9% de madera. La mayoría de las pacientes no presentó anemia (90%) y un 10% si presentó. Estos resultados no guardan relación con respecto a la susceptibilidad de las madres para presentar partos prematuros debido a las carencias nutricionales de macro y micronutrientes que se puedan dar en los niveles socioeconómicos bajos descritos en el estudio de Morgan y colaboradores (14) que también obtuvieron resultados inesperados pues estos casos se dieron en sus estudios controles. Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Launate B. (27) donde la variable nivel socioeconómico bajo no implicó un riesgo para partos prematuros. De estos datos se infieren que el nivel socioeconómico, entendido como acceso a servicios básicos y tipo de material de vivienda, no supone una característica importante en la población estudiada.

El nivel educativo de las mujeres en el estudio era predominantemente secundario (85%), nivel primario (4%) y solo un 11% superior. Esto es consecuencia principalmente a la edad de las pacientes incluidas en el estudio, lo cual podría determinar cierta dejadez en los controles pre natales, debido a la poca información que se tiene del tema. Como lo demuestra el estudio de Pérez – Molina; Paduro – Baron y Quezada- López que concluyo que otro factor de riesgo se debe al de control prenatal deficiente en las gestantes siendo este una consecuencia de la falta de interés y cultura de las madres que no asisten a sus controles e ignoran los riesgos y complicaciones que pueden ser evitables. (16)

Dentro de los antecedentes de tabaco, parto prematuro previo, ruptura prematura de membrana, desprendimiento prematuro de membrana, oligohidramnios, abortos. Se encontró que en el estudio un 95% no fumaba y un 5% si lo hacía. Este 5% podría guardar relación con el estudio de Pages y Martel (15) donde encontraron que el hábito de fumar y el uso de cocaína se han asociado, con gran incidencia de parto prematuro y con mayor frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, patología placentaria. Así también, en el estudio de Rodríguez-Coutiño SI y col. también observó que el tabaquismo se reporta en la bibliografía como un factor de 20 a 30% más de riesgo para parto prematuro (17). Por otro lado, el estudio de Jaramillo J y colaboradores no encontró diferencias en las variables de edad, estado civil, procedencia, estado socio-económico, gravidez, paridad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y hábitos nocivos entre los grupos de casos y controles. (22)

El parto prematuro previo no mostró un gran porcentaje de frecuencia en el estudio donde un 96% no presentaba el antecedente y un 4% si lo hacía. Esto se debe a que la gran mayoría de gestantes, al ser adolescentes, presentaban su primera gestación. Estos resultados guardan relación inversa con los resultados de las investigaciones publicadas por Morgan Ortiz, Pérez – Molina; Paduro – Baron y Quezada- López donde se determinó que el parto prematuro previo era un gran factor de riesgo de recurrencia de partos prematuro. Según Pages y Martel la incidencia de partos prematuros en mujeres que ya tuvieron uno, es de 17%y 37%. (14, 16, 15)

En cuanto a los desprendimientos prematuros de placenta solo 1% lo presentó y el 99% no; las rupturas previas de membrana un 87% no lo hizo y un 13% si lo hizo y abortos previos solo un 7% y el 93% no lo aconteció. En cuanto a las investigaciones de Pérez – Molina; Paduro – Baron y Quezada- López no encontró riesgos en la RPM, mientras que la investigación de

Morgan Ortiz encontró un alto riesgo en la RPM para tener un parto prematuro. A su vez no encontró relación con el número de abortos. (16, 14)

Un gran porcentaje de mujeres es conviviente el 59%, el 1% es casada y un 40% soltera, las mujeres presentan promiscuidad de parejas y son propensas a las ITU. En nuestro estudio se encontró que un 80 % de ellas no presentaba ITU y un 20% si lo hacía observándose en estudios de Vela R, (29) que destacó como factor principal a las infecciones de vías urinarias con 46%, seguido de la ruptura prematura de membranas con 40% y la cervicovaginitis en 35%. Esto se contradice del estudio de Pérez-Molina J y col. quien en su estudio cuenta como factor de riesgo no significativo a las infecciones urinarias. (16)

La principal limitación del estudio fue que no se pudo determinar si las características encontradas son factores de riesgo para el parto pretérmino. Sin embargo tenemos como fortaleza que esta investigación es el inicio para motivar a los directivos del hospital Sergio Bernales y personal de salud en general para realizar más estudios y detectar las principales problemáticas y así tomar medidas de prevención en cada nivel de atención.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Dentro de las características demográficas la edad promedio de las gestantes fue de 18 años, contaba la mayoría con estudios secundarios, acceso a servicios básicos, su vivienda era de ladrillo. En cuestión a estado civil predominó la convivencia.
- Las características obstétricas fueron que la mayoría de gestantes eran primigestas, no consumían tabaco, predominó el parto eutócico.
- La patología más frecuente que se pudo identificar fue la infección urinaria, siendo la menor a su vez el desprendimiento prematuro de placenta.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda enfatizar la prevención y promoción del embarazo adolescente, la edad de inicio de las gestaciones fue temprana teniendo como consecuencia la no culminación de estudios ni el apoyo familiar.
2. Tomar en cuenta el monitoreo de los controles prenatales, que sean los adecuados en cantidad y calidad, para evitar las posibles causas de un parto pretérmino así como también la culminación de este por cesáreas innecesarias.

3. Promover el acceso a información a las gestantes, acerca de las patologías que ocurren con mayor frecuencia durante este periodo, resaltando los signos de alarma de cada una de ellas.

4. Socializar los resultados con las autoridades del hospital donde se realizó el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Espinoza J. Fisiopatología Del Síndrome De Parto Pretérmino [Internet]. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008 [citado 24 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187005>
2. Catálogo en línea Biblioteca Universidad de Manizales [Internet]. [citado 24 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: http://biblioteca.umanizales.edu.co/ils/opac_css/index.php?lvl=author_see&id=20953
3. Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Séguin L, McNamara H, Dassa C, et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol.* julio de 2001;15 Suppl 2:104-23.
4. Vigil-De Gracia P, Arias T, Lezcano, Caballero LC, Chong JG, de Mendieta A, et al. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.* junio de 2007;67(2):73-7.
5. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization.* enero de 2010;88(1):31-8.
6. Gonzalez R, Merialdi M, Lincetto O, Lauer J, Becerra C, Castro R, et al. Reduction in neonatal mortality in Chile between 1990 and 2000. *Pediatrics.* mayo de 2006;117(5):e949-54.

7. Factores de Riesgo del Parto Pretérmino [Internet]. [citado 24 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_47N2/fact_ri esg_parto.htm
8. HNGAI; Departamento de Epidemiología y Estadística-Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Estadísticas-2006
9. Meza Martínez J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002-2006. Rev peru obstet enferm. diciembre de 2007;3(2):115-25.
10. Riscalde M, Rivero A, Ortunio M. Parto pretérmino en adolescentes. Revista Obstetrica Ginecologica 2008; 68 (3) 144 - 149
11. Ruíz Cumapa R, Reyes Masgo IM. Factores de riesgo de parto pretérmino: estudio caso control. Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo-setiembre 2003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Programa Cybertesis PERÚ [Internet]. 2004 [citado 24 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/362>
12. Behrman RE, Butler AS, Outcomes I of M (US) C on UPB and AH. Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. 2007 [citado 24 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11374/>
13. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2008 Sep;68(3):141-3.

14. Morgan-Ortiz F, Cinco-Sánchez A, Douriet-Marín FA, Báez-Barraza J, Muñoz-Acosta J, Osuna-Ramírez I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. *Ginecol Obstet Mex.* 78(02):103-9.
15. Pages G, Martel A. Trabajo de parto pretermino. Aller J, Pages G. *obstetricia moderna.* Venezuela. Mc Graw-Hill. Pag 315-331.
16. Pérez-Molina J, Panduro-Barón G, Quezada-López C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. *Ginecol Obstet Mex.* 79(10):607-12.
17. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. [cited 2016 Jan 22]; Available from: <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=45750&IDPUBLICACION=4717&IDREVISTA=78>
18. Corres Molina M, Valerio Castro E, Ruiz O, Eréndira M, Shaw Dulín R, Valenzuela C, et al. Morbilidad materno-fetal en adolescentes: experiencia en un hospital suburbano de México. *Anales médicos (México, DF).* 2013;58(3):175-9.
19. Salcedo-Ramos F, Rodríguez-Yances B, Castro-Reyes E. Parto pretérmino tardío y su morbilidad. *Revista Ciencias Biomedicas.* 28 de junio de 2013;4(1):134-41.
20. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *MEDISAN.* junio de 2014;18(6):841-7.

21. Barrios G, Beatriz V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. DEL NACIONAL
22. Jaramillo-Prado JJ, López-Giraldo IR, Arango-Gómez F. Factors associated with preterm deliveries in third-level health centres in Manizales from July 2004 to June 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. junio de 2006;57(2):74-81.
23. WHO, March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children. Born too soon: the global action report on preterm birth. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/ (Accessed on May 04, 2012).
24. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, et al. Births: final data for 2011. *Natl Vital Stat Rep* 2013; 62:1.
25. ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1139.
26. WHO | Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. WHO. [cited 2016 Jan 22]. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/
27. Ramírez T, Francisco RC. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias de enero a diciembre 2013. Repositorio Institucional UNAP [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 22]; Available from: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/537>

28. Gutierrez Cristobal V. Factores Maternos Asociados A Parto Pretérmino Y Hallazgos En El Neonato En El Hospital Regional De Loreto; 2007. Tesis Para Optar El Grado De Médico Cirujano, Facultad De Medicina Humana, Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. 2007.
29. Vela R. (2000). Factores asociados a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos. Tesis para titulado profesional. www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis
30. Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizán JM, Althabe OH. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Preterm delivery: prevention through risk detection and treatment [Internet]. 1999 [cited 2016 Jan 22]; Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8930>
31. IRIARTE, ET AL, Factores De Riesgo Para Parto Pretérmino En El Hospital San Juan De Dios, Bolivia, en el año 2006; Rev. Clin. Bol. 2006; vol 2; 6:del 5-18
32. Robaina Castellanos GR, Pollo Medina JM, Morales Rigau JM, Robaina Castellanos RE. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001 Apr;27(1):62–9.
33. Faneite P, Gómez R, Marisela G, Faneite J, Manzano M, Marti A, et al. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2006 Mar;66(1):1–6.

34. Faneite P, Alvarez N, Repilloza M. Factores epidemiológicos del parto prematuro. *Rev obstet ginecol Venezuela*. 1995;55(2):71–6.
35. OMS | Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas [Internet]. WHO. [cited 2016 Jan 22]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
36. Carrillo CE, Wong A. Factores asociados al embarazo pre-término a nivel del mar y la altura. *Acta andin*. 1994;3(1):19–28.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN
Parto pretérmino	Nacimiento de un producto con edad gestacional comprendido entre las 22 y <37 semanas de gestación	Gestante atendida en el Hospital Sergio Bernales de Lima durante noviembre 2014 a noviembre 2015 con parto de producto con edad gestacional entre las 22 y <37 semanas.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Edad	Años de vida	Años cumplidos al parto	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • <15 • 14 a 19 	Razón (Escala)	Historia clínica y ficha de recolección de datos

Condición económica	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus <u>ingresos</u> , <u>educación</u> , y empleo	Medida económica de una persona en relación a otras personas	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Medio • Bajo • Muy bajo 	Ordinal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o parentesco	Estado conyugal referido	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos

Antecedente de parto pretérmino	Evento de parto pretérmino en embarazo anterior.	Presencia del antecedente en la gestante atendida en el HNSB en el periodo de estudio.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Antecedente materno de aborto	Evento de pérdida de producto antes de las 20 semanas de gestación.	Presencia del antecedente en la gestante atendida en el HNSB en el periodo de estudio.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Antecedente materno de tabaquismo	Consumo crónico de tabaco o cigarrillos de la gestante	Presencia del antecedente en la gestante atendida en el HNSB en el periodo de estudio.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos

Infección urinaria	Presencia cuadro clínico con gérmenes que colonizan el tracto urinario de la gestante.	Urocultivo positivo en embarazo actual	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Anemia materna	Cuadro clínico con palidez, disnea, cansancio, debilidad, tendencia al sueño secundario a hemoglobina <11 mg%	Hemoglobina menor a 11 mg% de la gestante que ingresará al estudio	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Ruptura prematura de membranas	Ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas a partir de las 22 semanas de gestación hasta inclusive una hora antes del inicio del trabajo de parto	Presencia de la patología en la gestante atendida en el HNSB en el periodo de estudio.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos

Desprendimiento prematuro de placenta	Separación parcial o total de la placenta normoinserta, después de la 20va semana de gestación y antes del nacimiento del feto.	Presencia de la patología en la gestante atendida en el HNSB en el periodo de estudio.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Oligohidramnios	Índice de líquido amniótico menor a 5 cm.	Presencia de la patología en la gestante atendida en el HNSB en el periodo de estudio.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos

ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de historia clínica

Datos demográficos:

1. Edadaños
2. Nivel de instrucción :
Primaria () Secundaria () Superior () Analfabetismo ()
 - a. Servicios básicos Luz AguaDesague.....
 - b. Tipo de vivienda Adobe Ladrillo Madera
3. Lugar de procedencia :
4. Estado civil: Soltera..... Conviviente Casada
5. Fecha de parto
6. Menarquia:años
7. Paridad hijos
8. Edad de la primera gestación: años
9. Edad de la última gestación años
10. Abortos SI () NO ()

Antecedentes

1. Parto pretérmino previo SI () NO ()
2. Consumo de tabaco SI () NO ()
3. Cesareada anterior SI () NO ()

Patologías asociadas

1. Hemoglobina:
2. Infección urinaria si () no ()
 ¿En qué trimestre?
3. Amenaza de aborto si () no ()
4. Preeclampsia si () no ()
5. Ruptura prematura de membrana si () no ()
6. Desprendimiento prematuro de placenta si () no ()
7. Oligohidramnios si () no ()