

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR DE
RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN EL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO”**

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

INGRID VICTORIA SÁNCHEZ MADRID

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

**Dra. Cecilia Salinas Salas
ASESORA**

LIMA - PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, en primer lugar a Dios por darme la posibilidad de poder realizarme en esta carreta tan humanitaria, las bendiciones que día a día me regala y por cada persona que ha puesto en mi camino que ha sido de ayuda en mi crecimiento personal.

A Mi Madre, mi hermana, mi mejor amiga y mis familiares, que creen en mí, me brindan su amor y me apoyaron siempre, gracias, todo se los debo a ustedes

AGRADECIMIENTO

A mi Madre por el apoyo constante y económico en el desarrollo de esta tesis. Además a la doctora Cecilia Salinas profesora y asesora en esta tesis por su paciencia, comprensión y disposición pese a la dificultad de los horarios y el corto tiempo que se disponía.

Y a todas las personas quien de alguna manera u otra nos ayudaron en la elaboración de este trabajo.

RESUMEN

Introducción: Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos como el parto pretérmino, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. **El Perú muere al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros.**

Objetivo: Determinar si la gestación en la adolescencia es un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015. **Metodología:** Estudio observacional, analítico, transversal, según su direccionalidad es retrospectivo, caso-control, con una muestra de 170 gestantes que culminaron su gestación en el Hospital Nacional Dos de Mayo que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. El análisis será con un $p < 0,05$ como significativo y un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: El trabajo de parto pre terminó es 3 veces mayor si la madre es adolescente. El 42% 42% de la muestra encuestada corresponde a las edades entre 20 a 29 años de edad.

Palabras claves: Adolescencia, Parto pretérmino.

ABSTRACT

Introduction: Teenage pregnancies pose risks mostly as preterm births, adolescents under 16 years are at risk of maternal death four times higher than women aged 20 to 30 years, and the death rate of their neonates is about 50% higher. The Peru die annually about 12,400 premature infants.

Objective: To determine whether pregnancy in adolescence is a risk factor for preterm delivery in the Dos de Mayo Hospital in the period June - October 2015. Methodology: observational, analytical, cross-sectional study, according to its directionality is retrospective, case-control, with a sample of 170 pregnant women that completed their pregnancy in the Dos de Mayo that meet the criteria for inclusion and exclusion National Hospital. The analysis will be with $p < 0.05$ as significant and a confidence interval of 95%.

Results: The pre delivery finished work is 3 times higher if the mother is a teenager. 42% 42% of the survey sample corresponds to the ages between 20-29 years old.

Keywords: Adolescence, preterm birth.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las adolescentes no planean embarazarse, pero muchas lo hacen. Con frecuencia no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayores complicaciones durante el embarazo en las que se incluyen el parto prematuro o pretérmino y el bajo peso al nacer del neonato.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. La gran mayoría de estos nacimientos el 95% ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 y 19 años es de 49 por 1000 mujeresⁱ.

Esta realidad también se ve en nuestro país, la Encuesta de Demografía y Salud del INEI (Endes 2013), publicada en 2014, muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013. Lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas. Además la estadística del INEI revela que 14 de cada 100 adolescentes del país, entre 14 y 19 años, están embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planesⁱⁱ.

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Otras investigaciones han determinado que el

riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultasⁱⁱⁱ. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.2 BASES TEÓRICAS.....	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
3.1 HIPOTESIS.....	41
3.2 VARIABLES: INDICADORES	41
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	42
4.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	42
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	42
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS	47
5.1 RESULTADOS	47
5.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	53
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
ANEXOS	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

La presente investigación es una investigación aplicada que se ubica dentro de las líneas de investigación clínica en el área de ginecología y obstetricia, la cual es una de las prioridades de investigación en el Perú; cuya ejecución se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo establecimiento de tercer nivel de atención correspondiente al distrito de Cercado de Lima, Dirección de Salud Lima Ciudad una de las más altas incidencias de gestantes adolescentes.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de las adolescentes no planean embarazarse, pero muchas lo hacen. Con frecuencia no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayores complicaciones durante el embarazo en las que se incluyen el parto prematuro o pretérmino y el bajo peso al nacer del neonato.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. La gran mayoría de estos nacimientos el 95% ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 y 19 años es de 49 por 1000 muchachas^{iv}.

Esta realidad también se ve en nuestro país, la Encuesta de Demografía y Salud del INEI (Endes 2013), publicada en 2014, muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013. Lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas. Además la estadística del INEI revela que 14 de cada 100 adolescentes del país, entre 14 y 19 años, están embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planes^v.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuye a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS^{vi}. Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de niños prematuros, cifra que se encuentra en aumento. Más de un millón de niños prematuros muere cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de 5 años, provocaron en 2013 cerca de un millón de muertes.

Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros. En Lima entre el 15 a 20 por ciento de los nacimientos de bebés prematuros son de madres adolescentes^{vii}. En el 2013 el Instituto

Nacional Materno Perinatal atendió 17 mil partos, de los cuales 11% nacieron prematuramente, es decir, antes de las 37 semanas de gestación. Muchos de esos recién nacidos prematuros pesaron menos de 1,500 gramos y otros nacieron con menos de 1,000 gramos quienes son considerados extremadamente prematuros. Esta cifra es diferente si se comparan distintas áreas geográficas y está demostrado que los factores socio-económicos determinan variaciones muy significativas, colocando en los países de menores recursos cifras tan altas como 15%. En Perú la tasa de nacimientos prematuros por 100 nacimientos es de 7.3 según la OMS^{viii}.

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas^{ix}. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.

En el país actualmente no hay estudios bien documentados que establezcan la medida de asociación entre el parto pretérmino y gestación en la adolescencia, por lo que es necesario obtener estimaciones más precisas si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

Este trabajo pretende hacer una reflexión crítica sobre la gestación en la adolescencia en nuestro medio y la problemática que genera, de tal manera que reciba mayor atención por parte de la institución y de los profesionales de las diversas áreas involucradas y de esta forma reorientar los servicios hacia el énfasis de promoción y prevención de la atención integral de las adolescentes y en consecuencia contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestro hospital. Por todo lo expuesto anteriormente planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Es gestación en la adolescencia es un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el Perú cientos de adolescentes cada año quedan embarazadas, según el Ministerio de Salud en los últimos 11 años la tasa de gestantes adolescentes se ha mantenido en 13%, lo que representa un problema de salud pública por ser una de las causas de mortalidad materna esto debido a la condición de la adolescente y porque muchos de los embarazos terminan en abortos inducidos que se realizan en condiciones clandestinas e inseguras, lo que causa serias lesiones a la madre llevándola a la muerte.

Las adolescentes que se embarazan tienen mayor riesgo de complicaciones entre las que se encuentra el parto pretérmino, el cual constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad perinatal y estancia hospitalaria prolongada, con repercusiones en la salud psíquica, emocional, social y económica.

En el país actualmente no hay estudios bien documentados que establezcan la medida de asociación entre el parto pretérmino y gestación en la adolescencia, por lo que es necesario obtener estimaciones más precisas si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

Este trabajo pretende hacer una reflexión crítica sobre la gestación en la adolescencia en nuestro medio y la problemática que genera, de tal manera que reciba mayor atención por parte de la institución y de los profesionales de las diversas áreas involucradas y de esta forma reorientar los servicios hacia el énfasis de promoción y prevención de la atención integral de las adolescentes y en consecuencia contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestro hospital.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar si la gestación en la adolescencia es un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la edad que con más frecuencia se dan las gestaciones en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.
2. Determinar si la adolescencia temprana es un factor de riesgo para un trabajo de parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.
3. Determinar si la adolescencia media es un factor de riesgo para un trabajo de parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.
4. Determinar si la adolescencia tardía es un factor de riesgo para un trabajo de parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- En nuestro país se realizó un estudio por Germain y Oyarsun que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14 701 partos; 2 732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2 523 adolescentes tardías. Se encontró que 2 159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4 % y 9 % en adolescentes tardías^x.
- Fleming N. y Col, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo de todos los nacimientos simples en Ontario entre enero de 2006 y diciembre de 2010, usando dos grupos de comparación el primero de mujeres embarazadas <20 años de edad (adolescentes) y el segundo de mujeres de 20 a 35 años (adultos). Este estudio incluyó a 551 079 registros de nacimientos únicos, de los cuales el 4,35% eran embarazos de adolescentes. Se encontró que el primer grupo tenían un mayor riesgo de RPM (RR 1,16), parto vaginal espontáneo (RRA 1,76) y emergencia de CS (RRA 1.31). Los recién nacidos con madres adolescentes tenían un riesgo significativamente más altos de ingreso en la UCIN (RRA 1,08) y parto muy prematuro (RRA 1.16). Este estudio confirma que las adolescentes tienen mayores factores de riesgo sociodemográficos.^{xi}
- Díaz A. y col, realizaron un estudio descriptivo comparativo retrospectivo a través de una muestra obtenida en forma aleatoria. Mediante dos grupos el de estudio y de control que tuvieron su parto en el período de enero a diciembre del año 2000 en el Hospital Salvador. El

total fue de 7.004 partos, de los cuales el 16% fueron partos de embarazadas adolescentes. El tamaño de la muestra es de 158 embarazadas adolescentes, constituyendo éste el grupo de estudio y grupo control (n: 158). Dentro de los resultados se obtuvo que las pacientes adolescentes tuvieron mayor porcentaje de anemia (49.36%), RCIU (12.02%), ITU (13.29%), trabajo de parto prolongado (9.49%), parto vaginal normal (81.64%), parto prematuro (8.86%), RNBP (6.32%) comparado con el grupo control. Se concluyó la mayor frecuencia presentaron las adolescentes son la infección del tracto urinario, el retardo del crecimiento intrauterino, el parto prematuro y los recién nacidos de bajo peso, siendo, la única con significancia estadística el retardo del crecimiento intrauterino diagnosticado durante el embarazo.^{xii}

- Sáez Cantero y Col. Realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles con el objetivo de conocer los resultados perinatales en las adolescentes atendidas en el Hospital "Clodomira Acosta Ferrales", del 1ro de enero de 1999 al 31 de marzo de 2000. El grupo de estudio, 184 adolescentes, se comparó con un grupo control representado por las gestantes de 20 a 24 años (n = 439). Datos referentes como edad gestacional, modo de parto y peso y Apgar del recién nacido, se recogieron en una encuesta. Se tuvieron los resultados la mayoría fueron parto a término y el indicador de cesárea fue inferior en las adolescentes (9.6%) que en las mujeres del grupo control (21%); sin embargo, el índice de partos instrumentados (6.8%) fue superior en las parturientas precoces, el porcentaje de bajo peso (menos 2500g) fue similar en el grupo de estudio y en el control (4.8% y 4.9% respectivamente) y hubo un predominio de neonatos deprimidos entre las madres precoces, más notorio en las menores de 17 años, las cuales

aportaron un 15.7% de recién nacidos con asfixia moderada y un 3.8% con asfixia severa.^{xiii}

- Riva Reategui y col, realizaron un estudio observacional analítico de tipo casos y controles con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas durante el período comprendido entre enero del 2001 y diciembre del 2003 en el Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha. Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pretérmino con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La incidencia de parto pretérmino fue 12,1% y el tipo más frecuentemente observado fue el parto pretérmino moderado. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y 19 años. Los factores que incrementaron el riesgo de parto pretérmino espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95% IC 1,2 – 2,4). Se concluyó que la Vaginosis Bacteriana, el antecedente de parto pretérmino y el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas^{xiv}.
- Oviedo Cruz y col, realizaron un estudio descriptivo dentro de una cohorte de casos consecutivos. Se denominó nacimiento pretérmino al ocurrido entre las semanas 20 y 36 de gestación. Se definió como causa aparente a la condición materna, obstétrica o fetal que desencadenara el trabajo de parto de manera directa o que fuera indicación de interrupción del embarazo. Se distinguió al trabajo de parto pretérmino espontáneo. Los resultados obtenidos fueron la tasa de

prematuridad fue de 10.8%, 0.8% entre las 20 y 27 semanas; 3.3% de 28 a 33 y 6.7% de 34 a 36 semanas de gestación. Hubo trabajo de parto espontáneo en 39.3% de las pacientes; los principales desencadenantes fueron: rotura prematura de membranas en 18.7%, preeclampsia-eclampsia, 10.3%; parto gemelar, 10.3%; restricción del crecimiento intrauterino, 5.6% y defectos congénitos en 5.6%. Se reportaron 34.9% condiciones obstétricas, 25.4% fetales y sólo una condición materna (0.4%). Se resolvieron por vía vaginal en 40.5% y con fórceps en uno de cada cinco casos^{xv}.

- Stacy Beck y col. realizaron un estudio sobre las tasas de prematuridad a nivel mundial durante 1997 hasta el 2007 para evaluar la incidencia de este problema de salud pública, determinar la distribución regional de los partos prematuros y profundizar en el conocimiento de las actuales estrategias de evaluación. Se obtuvieron como resultado que en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 0,9 millones de ellos se concentraron en América Latina y el Caribe. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo^{xvi}.
- Jose Sandoval, y col realizaron un estudio observacional, analítico, caso control para identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes en el servicio de Gineco-obstetricia Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Se dividió a la población en dos grupos de 162 participantes distribuidas por edad en grupo caso (10 a 19 años) y control (20 a 29 años). La complicación más frecuente

en la adolescente fue la infección urinaria. La prematuridad, los pequeños para edad gestacional, peso bajo y el traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en las adolescentes. Se concluyó que solamente la infección urinaria y grande para la edad gestacional fueron más frecuentes en las adolescentes. La complicación materno perinatal es un factor muy importante solo en las adolescentes menores de 16 años^{xvii}.

- Diana Huanco A. y col realizaron un estudio caso control, para conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Se comparó el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal inadecuado y tardío, morbilidad materna, anemia, infección del tracto urinario, enfermedad hipertensiva del embarazo e infección puerperal. Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer, prematuridad, desnutrición fetal, depresión a minuto de nacer, morbilidad neonatal, traumatismos al nacer y mortalidad neonatal. Las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbi mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas^{xviii}.
- Drs. Riscarle Manrique, y col. realizaron un estudio descriptivo, transversal para determinar la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, patologías asociadas y complicaciones perinatales, en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello, Estado Carabobo durante el año 2005. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes de la cual se obtuvo que la prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 %. El

grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %. Se presentaron patologías maternas (85,3 %) y complicaciones perinatales (38,2 %). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas. La pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo en adolescentes^{xix}.

- Tatiana Ochoa Roca, y col, realizaron un estudio de transversal sobre el comportamiento de la edad materna en los resultados perinatales, correspondientes a la Policlínica Universitaria René Ávila Reyes, 2009. La muestra estuvo constituida por 287 embarazadas con un tiempo de gestación de 28 o más semanas, sin excluir los recién nacidos fallecidos durante el periodo de estudio. Las edades de las gestantes de mayor predominio fue de 21 a 34 años, con un peso adecuado del recién nacido. El parto a término predominó en las gestantes de 21 a 34 años y en las de edad avanzada; en la adolescencia el pretérmino fue el de mayor frecuencia. Se evidenció una asociación entre la edad materna avanzada y la presencia de malformaciones congénitas^{xx}.
- Lucín Alarcón Carlos, y col estudiaron las características socio-demográficas del parto pretérmino que presentaron las mujeres gestantes para esto se estudiaron mujeres gestantes que presentaron parto pretérmino entre junio y agosto de 2009, mediante un estudio descriptivo que enumera las características socio-demográficas más importantes. En este estudio se enfocan los factores sociodemográficos más importantes que presentaron las pacientes; uno de estos es la edad que constituye uno de los factores predisponentes para el parto prematuro, estudios indican que la edad promedio para experimentar un parto pretérmino se encuentra entre 15 y 40 años; en el universo de 300

pacientes analizadas, el resultado fue que el mayor número se encontró dentro de los 20-30 años de edad, correspondiente al 53%^{xxi}.

- Gabriela Henríquez Valencia y col, realizó un estudio que describe la evolución de las tasas de embarazo adolescente, sus características obstétricas, los diagnósticos y los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia en las gestantes adolescentes atendidas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales públicos de Sevilla entre los años 2000 y 2008. El diagnóstico principal en la totalidad de las adolescentes embarazadas es el parto, acompañado de otros diagnósticos secundarios. Las mayores tasas de embarazo en adolescentes corresponden a las zonas desfavorecidas económicamente. Los procedimientos quirúrgicos-obstétricos practicados con mayor frecuencia a las adolescentes son la episiotomía y la cesárea. A pesar de las campañas y estrategias educativas para prevenir el embarazo en adolescentes, este ha aumentado un 1.5%. Asimismo, hay que destacar que el embarazo y el parto en adolescentes no representan un riesgo directo para la salud de la gestante en la población estudiada^{xxii}.
- Miranda-Del Olmo H, y col realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo y la incidencia de la prematuridad, así como las principales causas de morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro. Se realiza un estudio retrospectivo en el que se analizaron los expedientes de todos los recién nacidos prematuros entre los años 1995 a 2001 en el Hospital General de México. Se registraron un total de 57,431 recién nacidos, de los cuales 2,400 (4.1%) fueron prematuros, 1,052 (43.8%) mujeres y 1,348 (56.2%) hombres. La mayoría de los

prematurados (28.8%) se encontró en el grupo de 30 a 32 semanas de gestación. La principal causa de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales fue la enfermedad de membrana hialina con 644 casos (26.8%), seguida de neumonía con 495 casos (20.6%) y asfixia con 221 casos (9.2%). Se observó un notable descenso (mayor al 50%) en la mortalidad neonatal al comparar la cifra de muertes de 1999 (n = 100) frente a la del año 2001 (n = 40). Las patologías maternas que se asociaron al nacimiento prematuro fueron principalmente las infecciosas. La procedencia de medio socioeconómico bajo y el control prenatal irregular se observó en el 100% de las embarazadas^{xxiii}.

- Angélica E y col realizaron un estudio transversal nacional entre las mujeres gestantes de 15 a 24 años que asisten a las maternidades públicas de Brasil en 2009 para determinar la prevalencia y factores de riesgo del parto prematuro (<37 semanas de gestación). Se incluyeron en el estudio un total de 2 071 (86,3%) parturientas de las 2 400 invitadas a participar. La media de edad fue de 20,2 años (desviación estándar [SD]: 2,7) y el promedio de años de enseñanza escolar fue de 8 (SD: 2,4). Se produjo un parto prematuro en 450 mujeres (21,7%). La proporción más alta de parto prematuro (36,1%) se observó en la región del Norte y la proporción más baja (6,9%) en la región del Sur. En el modelo final de regresión logística con variables múltiples, el vivir en la región del Norte (razón de posibilidades [OR]: 1,43; intervalo de confianza [IC] de 95%: 1,28–1,59); el tener ingresos mensuales inferiores a dos veces el salario mínimo brasileño (OR: 1,27, IC de 95%: 1,01–1,60); el haber sido víctima de violencia doméstica (OR: 2,27, IC de 95%: 1,23–4,18); y el haber recibido una atención prenatal inadecuada (OR: 3,17, IC de 95%: 2,54–3,97) seguían siendo factores correlativos significativos de parto prematuro en esta población. Se concluyó que hay

una alta prevalencia del parto prematuro en las mujeres jóvenes del Brasil. El parto prematuro presenta una etiología multifactorial^{xxiv}.

- Solange A. Montero y col, realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo con el objetivo de Determinar la frecuencia de parto pretérmino en adolescentes en el Hospital Juan Pablo Pina, San Cristobal, durante el periodo enero-juniodel2001. Fueron estudiadas un total de 18 pacientes que fueron ingresadas con diagnóstico de parto pretérmino en el periodo de tiempo antes establecido. En los resultados de esta investigación la edad materna más afectada fue entre los 18-20 años de edad con 10 casos (55.56%). El nivel socioeconómico bajo fue el más frecuente con 13 casos (72.22%), las adolescentes primigestas tuvieron mayor frecuencia de parto prematuro con 14 casos (77.78%). La rotura prematura de membranas fue la más frecuente con 3 casos (15% dentro de las enfermedades que padecieron las pacientes durante el embarazo^{xxv}.
- Dr. Jesús Hernández Cabrera, y col realizaron un estudio prospectivo y descriptivo de los resultados de los hospitales docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" (durante el año 2001) y el hospital territorial de Colón "Mario Muñoz Monroy" (en el período de 1999-2001). De un universo de 3 000 nacimientos ocurridos en el hospital de Matanzas, 362 correspondieron a adolescentes para una incidencia de 12,06 %, y de un total de 7 195 nacimientos ocurridos en el hospital de Colón, 895 correspondieron también a adolescentes para una incidencia de 12,4 %. Se discutieron los resultados y se observó que aunque con incidencias muy parecidas en el hospital de Colón fue considerable el incremento de las cesáreas, el parto pretérmino con el consiguiente aumento del indicador de bajo peso, así como un elevado índice de

asfixia con influencia de este grupo en la mortalidad fetal tardía a diferencia de los resultados del hospital de Matanzas^{xxvi}.

- Bojanini, F. y Col. Realizaron un estudio descriptivo, con datos obtenidos de la base de datos del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antioquia. El objetivo fue describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas entre junio del 2000 y octubre de 2001, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en Medellín, Colombia. Encontrando que el 28,6% de las pacientes eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un porcentaje importante de pacientes que no había hecho control prenatal. El 53,6% de las adolescentes y el 50,4% de las adultas presentaron parto pretérmino. En las adolescentes hubo menos preeclampsia severa, pero más casos de eclampsia en general que en las adultas. La ruptura prematura de membranas ovulares se presentó más frecuentemente en las adolescentes. Las hemorragias del tercer trimestre se observaron con más frecuencia en mujeres mayores, al igual que la diabetes gestacional. El porcentaje de cesáreas fue menor en las adolescentes. El bajo peso al nacer y la prematuridad fueron más frecuentes en las adolescentes. Las complicaciones maternas en el posparto inmediato se presentaron en el 5,4% de las adolescentes y en el 3,6% de las adultas^{xxvii}.
- Doreyis Anyell y Col. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, a una muestra intencionada de 35 adolescentes embarazadas, pertenecientes al Policlínico Julio Grave de Peralta durante el año 2011; con el objetivo de caracterizar el embarazo en la adolescencia. Iniciaron la investigación con la recogida de los datos a partir de las historias clínicas obstétricas y pediátricas, los cuales fueron procesados utilizando el método porcentual. Los resultados fueron

representados en tablas de frecuencia simple; facilitando su análisis y discusión. Concluyeron que predominan las adolescentes entre 18 y 19 años, con situación socioeconómica favorable y sin pareja estable. Entre los factores de riesgo más frecuentes se identificaron la desnutrición materna y el aumento insuficiente de peso. Predominó el parto a término. A pesar de que predominaron los recién nacidos con peso adecuado para su edad gestacional, entre las complicaciones más frecuentes se encontraron el bajo peso al nacer y el distress respiratorio^{xxviii}.

- Roberto Carlos Ortiz Villalobos Y Col. estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se analizaron variables de la madre y el recién nacido en certificados de nacimiento de adolescentes atendidas desde 2008 hasta 2012 en el Hospital General de Occidente. Encontraron que del total de embarazadas atendidas en el hospital durante el periodo de estudio; 25,13 % eran adolescentes; la media de edad fue 17,45; 96,81 % estaban dedicadas al hogar; 68,69 % vivían en unión libre con su pareja; 27,3 % tenían estudios de primaria o menos y 97,17 % afiliadas al seguro popular. El 6,60 % no llevó control prenatal; la media del total de consultas fue 5,6; el 26,46 % fueron cesáreas; 0,68 % de los recién nacidos obtuvo un apgar de 7 o menos; 4,63 % con edad gestacional de 35 semanas o menos; 1,34 % peso muy bajo y 0,54 % alguna malformación congénita. Conclusiones: la atención de adolescentes embarazadas es persistente y con cifras similares en los últimos 5 años. Se encuentran similitudes en el perfil obstétrico y neonatal con investigaciones de México y Latinoamérica. Es necesario crear enfocadas en la mejora del acceso a la atención del embarazo y parto; y además, en la disminución de embarazos en estas edades^{xxix}.

2.2 BASES TEÓRICAS

El parto pretérmino es todo parto que ocurra después de las 22 semanas y antes de la semana 36 6/7 o de los 259 días postconcepcionales. La Organización Mundial de la Salud tiene la siguiente clasificación^{xxx}:

- Prematuro tardío: aquellos nacidos mayores a 32 hasta las 37 semanas, representan el 84 % del total de nacimientos prematuros o 12.5 millones. La mayoría sobrevive con atención de apoyo.
- Muy prematuros: aquellos nacidos mayores de 28 hasta las 32 semanas. Estos bebés requieren atención de apoyo adicional. La mayoría sobrevive.
- Extremadamente prematuros: aquellos nacidos entre las 22 hasta las 28 semanas. Estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir. En los países desarrollados, estos bebés tienen un 90% de posibilidades de supervivencia, aunque pueden sufrir discapacidades física, neurológicas y de aprendizaje. En países de bajos ingresos, sólo el 10% sobrevive.

La prematuridad continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido es por eso que el parto prematuro es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas, incluyendo la muerte del mismo.

La dificultad de conocer inequívocamente la edad gestacional , justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr. Se debe tener en cuenta que la edad gestacional es mejor predictor que el peso para la sobrevivencia de los prematuros.

Se le ha dado relevancia al cálculo de la edad gestacional y cada vez hay métodos más precisos. Sin embargo, la evaluación de la madurez es muy importante y más aún cuando se desconoce la edad gestacional. Por ejemplo, un prematuro hijo de madre diabética de 37 semanas puede ser tan o más inmaduro que un prematuro de 34 semanas de una madre no diabética.

En los Estados Unidos, el 12,5% de los partos corresponde a partos prematuros, aunque un porcentaje del 8,8%, corresponde a nacidos entre la 34 y la 36 semanas. El nacimiento de pretérminos con edad gestacional inferior a 32 semanas se mantiene relativamente estable y variando entre el 1 y 2 % del total de nacimiento. El registro oficial los recién nacidos de peso inferior a 1.500 gr. era de 0,62% en el año 1996 y el 0,75% en 2006. El número de recién nacidos en España en el año 2006 fue de 482.957, y se atendieron 3.651 neonatos de peso inferior a 1500 gr. ambas tasas referidas a los que sobrevivieron más de 24 horas.

La tendencia en los últimos años ha ido en aumento. Algunos grupos étnicos, como los afros descendientes (17,5%), los grupos hispánicos y las mujeres de raza blanca no hispánica han mostrado un incremento mayor que el promedio. Dentro de la distribución de la prematuridad en los Estados Unidos, en el 2006, se encontró que el 71,4% correspondió a prematuros de 34 semanas a 36 6/7; el 12,6%, de 32 a 33 semanas 6/7; el 10%, de 28 a 31 semanas 6/7, y el 5,9%, < 28 semanas.

La incidencia de la prematuridad varía entre 8 a 15 %. Siendo el promedio mundial de 11%. Esta cifra es diferente si se comparan distintas áreas geográficas y está demostrado que los factores socio-económicos determinan variaciones muy significativas, colocando en los países de menores recursos cifras tan altas como 15%. En Perú la tasa de nacimientos prematuros por 100 nacimientos es de 7.3 según la OMS⁵.

Existen múltiples factores de riesgo implicados en el desarrollo de parto pretérmino entre ellos tenemos los factores maternos como son partos prematuros previos que aumenta 4 veces el riesgo, bajo nivel socioeconómico, edad menor de 15 años, más de 10 cigarrillos por día, peso pre gravídico menor de 40kg, menor de 4 controles prenatales o que este sea tardío, drogadicción, estrés psicosocial, violencia familiar, alcoholismo, infecciones cervicales o vaginales, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, infección del tracto urinario, TORCH, sepsis, anomalías uterocervicales (incompetencia ístmico cervical, malformaciones uterinas, miomatosis), patologías que producen hipoxia (cardiopatías, asma, alteraciones hematológicas, diabetes vascular, hipertensión crónica, antecedentes de abortos repetidos, fidelidad de pareja incierta, cambio de pareja (últimos 12 meses), iatrogenia. Factores fetales: embarazo múltiple, malformaciones congénitas, retardo de crecimiento intrauterino, óbito fetal; y factores placentarios: de implantación (placenta previa, abrupcio placenta), morfológicas (placenta circunvalata, hemangiomas, inserción marginal del cordón umbilical, tumores placentarios) y funcionales (Hipertensión arterial, infartos placentarios).

De los partos prematuros, 30 a 35% tiene indicaciones por factores maternos y fetales, 40 a 45% se debe a trabajo de parto prematuro espontaneo y 30 a 35% se debe a la rotura de membranas. De hecho gran parte del incremento de la tasa de partos prematuros de productos únicos en estados unidos se explica por el incremento del número de partos prematuros indicados⁶.

Con respecto a la fisiopatología tenemos que el desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pre término, pero no son exactamente lo mismo. El nacimiento prematuro se produce por diversas razones, así tenemos que algunos resultan por la inducción precoz del parto o por cesárea debido a razones médicas o no⁷. La mayoría de los nacimientos

prematuros ocurren espontáneamente. Las causas más comunes incluyen embarazos múltiples, infecciones y enfermedades crónicas, como la diabetes y alta presión arterial; sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa. Existe además una influencia genética.

Durante el embarazo, en las primeras semanas se registran débiles contracciones uterinas (Braxton - Hicks), que alcanzan un intensidad de 2-4 mmHg y una frecuencia 1 – 3 por minuto pero no llegan a ser percibidas por la gestante ni pueden ser detectadas por palpación, además no son lo suficientemente fuertes y constantes como para desencadenar el trabajo de parto, esto se debe a que la actividad uterina esta inactivada y permanece en su mayoría de tiempo relajado por sustancias como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. 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. Los estrógenos ejercen el efecto contrario*.

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

Por esto se debe realizar el estudio de las pacientes con los factores de riesgo antes mencionados para evitar causas prevenibles como las infecciones. Por ello es importante la educación de la paciente y el medico se debe centrar en la detección de signos y síntomas que indican un parto prematuro.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años.^{xxxi}

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por cambios puberales y que se caracteriza por

profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. La adolescencia se puede dividir en tres etapas: Primero, la adolescencia Temprana que es el periodo peri puberal, comprendido entre los 10 y 13 años de edad, en la cual ocurren grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

El adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos. Segundo, la adolescencia Media que es la adolescencia propiamente dicha, comprendida entre los 14 a 16 años de edad, cuando han completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Es el periodo de máxima relación con sus pares. Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas generadoras de riesgo. Tercero, la adolescencia Tardía que es el periodo comprendido entre los 17 y 19 años de edad, en la cual casi no se observan cambios físicos y aceptan su imagen corporal. Presentan una perspectiva más adulta, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.^{xxxii}

Es de importancia conocer las características de cada etapa de la adolescencia, para así poder interpretar las actitudes y comprender a las adolescentes especialmente durante un embarazo. La incidencia de la gestante adolescente varía según la región y el grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, al año se producen aproximadamente un millón de embarazos, de estos el 12,8% corresponde a madres adolescentes.^{xxxiii}

En el Perú, durante el año 2008 se encontró que en 23 hospitales del Ministerio de Salud se atendieron 93.589 partos, de los cuales 17.965 fueron en adolescentes, con una frecuencia de 19,2 por 100 nacimientos. De acuerdo a las etapas de la adolescencia, el 0,99% cursaron un embarazo en etapa temprana (10 a 13 años), 22,4% en etapa media (14 a 16 años) y 76,6% en etapa tardía (17 a 19 años).^{xxxiv}

Por varios quinquenios, en el país, la edad mediana al nacimiento del primer hijo/a, de las mujeres de 25 a 49 años de edad, se ha mantenido casi constante, en alrededor de 22 años. Según los resultados de la encuesta 2013, se estima en 22,2 para las mujeres de 25-29 años, la misma que respecto a la edad mediana de las mujeres de 45 a 49 años de edad (21,7 años) muestra un ligero incremento de 0,5 años. Las mujeres comienzan a tener hijas/os a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 15,1% y 17,9% tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 32,6% y un 35,4% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, más del 64,6% de las mujeres habían dado a luz¹.

Al detectar a las adolescentes en riesgo, se puede lograr al conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, para así lograr una prevención dirigida.

Los factores predisponentes son la menarca temprana la cual otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo, el inicio precoz de relaciones sexuales aún cuando no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención, la familia disfuncional ya sea uni parentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos, la mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola, el bajo nivel educativo ya que cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. Asimismo, las migraciones recientes con pérdida del vínculo familiar, los pensamientos mágicos propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, las fantasías de esterilidad porque al iniciar sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

La falta o distorsión de la información es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.; las controversias entre su sistema de valores y el de sus padres; es decir, cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, los factores socioculturales, además el menor temor a enfermedades venéreas también contribuye. Los factores determinantes son las relaciones sin anticoncepción, el abuso sexual y la violación.

El enfoque de riesgo en la gestante adolescente se determina al considerar a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. Luego, separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son, y saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. Además, saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

El parto pretérmino en adolescentes es un problema de salud principalmente en los países subdesarrollados ya que existe desconocimiento sobre todo a nivel sexual que pueden terminar en embarazos, que traen múltiples consecuencias entre las que se encuentra el parto pretérmino, el cual tiene repercusiones de salud psíquica, emocional, social y económica, que abarca todos los sectores de la sociedad. Las causas que determinan ésta patología pueden ser múltiples y variadas, entre las más importantes se incluyen la inmadurez física, pelvis y genitales no desarrollados, estrechez del canal de parto, nivel socioeconómico bajo, la edad y los problemas psicosociales. En 1994. Satin y cols, incluyeron entre los factores maternos implicados en la producción del parto pretérmino se encontraba la baja edad materna^{xxxv}.

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos pretérmino, productos pequeños para la edad

gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa^{xxxvi}.

Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas (3,4). En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna^{xxxvii}.

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de médicos, obstetras y psicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados, aumento de la incidencia de cesáreas, anemia y complicaciones puerperales en estas pacientes^{xxxviii}.

En nuestro país se realizó un estudio por Germain y Oyarsun que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14 701 partos; 2 732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2 523 adolescentes tardías. Se encontró que 2 159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4 % y 9 % en adolescentes tardías^{xxxix}.

En otro trabajo donde analizaron la incidencia de infecciones urinarias en las amenazas de parto prematuro fue de 68,69 %, de los cuales fue más frecuente en adolescentes menos de 19 años con 29,59 %^{xI}.

El mismo estudio, comprobó que en las adolescentes hay una mayor cuantificación de riesgos, en las adolescentes de menor talla mayor frecuencia de anemia, toxemia y prematuridad¹⁷.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

3.1.1. GENERAL

La gestación en la adolescencia es un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015

3.1.2. ESPECÍFICAS

1. La edad más frecuencia en que se dan las gestaciones es en la adolescencia tardía en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.
2. La adolescencia temprana es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.
3. La adolescencia media es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.
4. La adolescencia tardía es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

3.2 VARIABLES: INDICADORES

Ver ANEXO 01

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio, según la participación del investigador es de tipo observacional, según el enfoque estadístico es analítico, según el tiempo de recolección de datos es transversal, según su direccionalidad es retrospectivo, según la relación entre los grupos de pacientes es caso-control. Se obtendrán los datos de las gestantes adolescentes que acuden a culminar su gestación en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, en los meses de Junio y Octubre del 2015. Los pacientes se dividirán en dos grupos: gestantes adolescentes que culminan su gestación a término y gestantes adolescentes que culminan la gestación pretérmino; los primeros serán los controles y los segundos, los casos.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El **Universo** de estudio son los pacientes gestantes que culminaron su gestación en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo junio – octubre del 2015.

La **población** de estudio son las 304 gestantes que culminaron que su gestación en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo junio – octubre del 2015.

La **muestra**^{xli} de estudio, para obtener esta se utilizó parte de la población de interés, siendo esta representativa que refleje las mismas características de la población. Para lo cual se realizo la fórmula para determinar cuántas personas se deben entrevistar, además permite determinar el nivel de confianza de una determinada muestra.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (p.e. 5%)

p = Es la proporción que esperamos encontrar.

La población fueron 304 adolescentes gestantes de la cuales se obtuvo una muestra de 170 de los cuales 100 representan a los controles y 70 a los casos.

La **unidad de análisis** es cada los informes operatorios y estadísticas.

4.2.1. Criterios de Inclusión

CONTROLES

- Recién nacidos vivos después de la semana 37 o después de los 259 días posconcepcionales.
- Recién nacidos de madres sin patologías asociadas al embarazo, sin antecedentes de hemorragia.

CASOS

- Recién nacidos vivos después de las 22 y antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales.
- Recién nacidos de madres sin patologías asociadas al embarazo, sin antecedentes de hemorragia.

4.2.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con embarazos múltiples
- Anomalías fetales descritas por ecografía
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Diabetes mellitus

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitarán los permisos necesarios en el hospital donde se recolectarán los datos y las coordinaciones respectivas con el personal médico encargado del centro obstétrico.

Luego de las coordinaciones anteriores, se obtuvo de los libros de centro obstétrico donde se guarda el informe operatorio y partograma; se encontraron los datos de la gestante y del recién nacido para llenar las fichas de recolección con los datos pertinentes para la investigación, la edad de la gestante y edad del recién nacido.

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

Una vez recolectada la información, se procederá a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis.

Los datos serán analizados usando el paquete estadístico SPSS 22. Los datos cualitativos serán expresados como frecuencias/porcentajes. Se utilizará la prueba chi cuadrado (valor $p=0,05$) para determinar la asociación; además, la fuerza de asociación se calculará con el odds ratio (IC 95%).

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

- Microsoft Excel
- Minitab 17

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

El presente trabajo se realiza con fines estrictamente académicos y cumple con los principios ético-morales puesto que nos aseguraremos de capacitarnos sobre el tema a investigar y de obtener la información adecuada. Por no ser un estudio experimental, se procederá a extraer la información de las historias clínicas. La información será confidencial, sin poner nombres en la distribución de los datos poniendo así en práctica los principios de igualdad y justicia.

Finalmente en el procesamiento, obtención de resultados y presentación de los mismos se tendrá un control adecuado de la información para presentarla tal y como fue obtenida. Esperamos así cumplir con los principios básicos de una investigación que se enfoca al desarrollo del conocimiento y al beneficio común.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

5.1 RESULTADOS

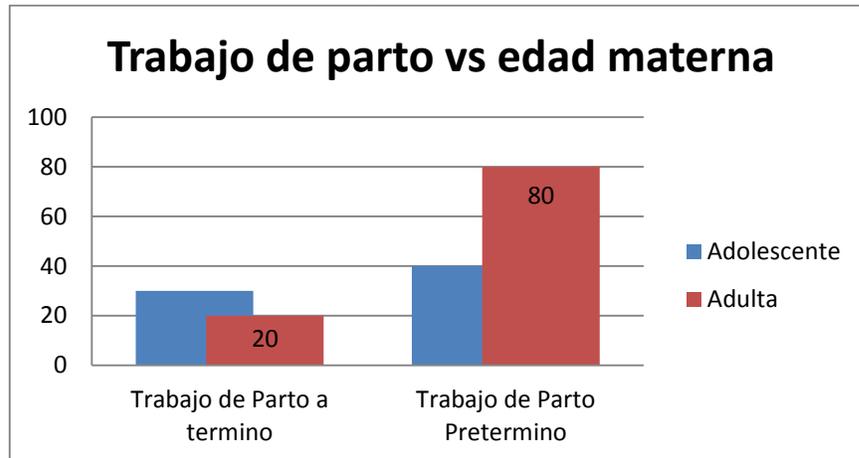
Tabla No. 1

TRABAJO DE PARTO SEGÙN EDAD MATERNA

Trabajo de parto según la edad de la madre adolescente o adulta en el Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Junio – Octubre 2015.

<i>Edad</i>	<i>Trabajo de Parto</i>		<i>Total</i>
	<i>Pretermino</i>	<i>Termino</i>	
Adolescente	30 17.65%	40 23.53%	70 41.18%
Adulta	20 34%	80 24.82%	100 58.82%
Total	50 29.41%	120 70.59%	170 100%

Gráfico N°1



Fuente: Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo Lima, Junio – Octubre del 2015

- Chi-cuadrada de Pearson = 10.362, GL = 1, Valor p = 0.001
- Chi-cuadrada de la tasa de verosimilitud = 10.284, DF = 1, Valor p = 0.001
- **OR: 3; IC_{95%}: 1.5179 - 5.9294**

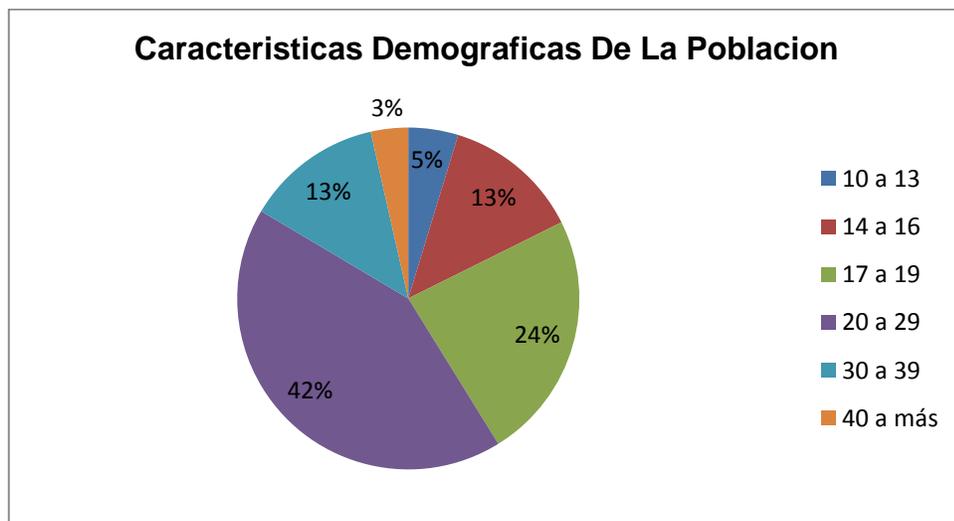
Interpretación: De acuerdo con el estudio realizado se obtuvo una correlación de Pearson de 10.362. El trabajo de parto pre terminó es 3 veces mayor si la madre es adolescente.

Tabla No. 2

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	10 a 13	8	4.71	4.71	4.71
	14 a 16	22	12.94	12.94	17.65
	17 a 19	40	23.53	23.53	41.18
	20 a 29	72	42.35	42.35	83.53
	30 a 39	22	12.94	12.94	96.47
	40 a más	6	3.53	3.53	100
	Total	170	100,0	100,0	

Grafico No. 2

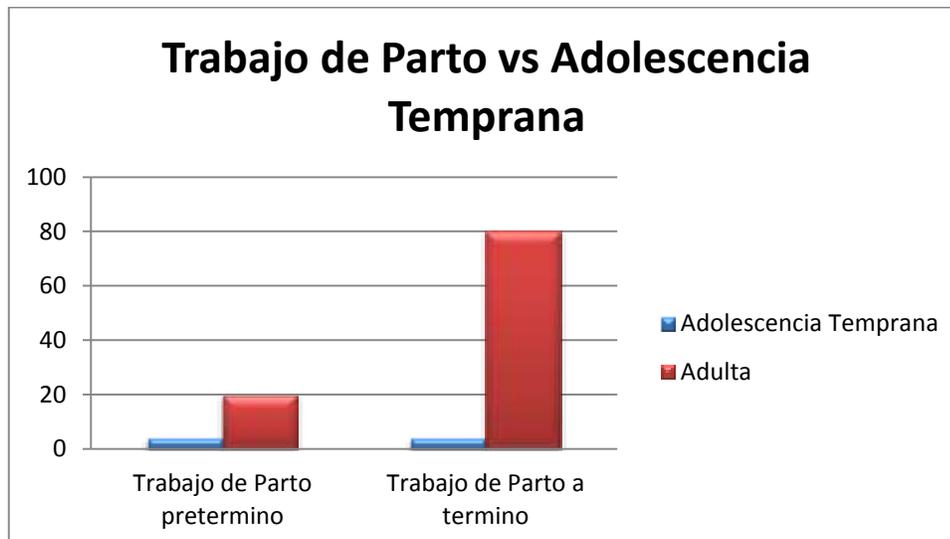


Interpretación: Respecto a la Edad, el 42% de la muestra encuestada corresponde a las edades entre 20 a 29 años de edad, el 24% se encuentra comprendido entre 17 a 19 años, el 13% de la muestra corresponde a la muestra de edades comprendidas entre 14 a 16 años de edad, igual porcentaje a la muestra comprendida entre las edades de 30 a 39 años de edad. Los menores porcentajes se encontraron los grupos de edades extremos de 10 a 13 años y de 40 a más años con un 5% y 3% respectivamente.

Tabla No. 3
TRABAJO DE PARTO SEGÙN ADOLESCENCIA TEMPRANA
 Trabajo de parto según la adolescente temprana en el Hospital Nacional
 Dos de Mayo Lima Junio – octubre 2015.

Edad	Trabajo de Parto		Total
	Pretermino	Termino	
Adolescente Temprana	4 3.71%	4 4%	8 7.41%
Adulta	20 18.52%	80 74.07%	100 92.59%
Total	24 22.22%	84 77.78%	108 100%

Grafico No. 3



Fuente: Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo Lima, Junio – Octubre del 2015

- Chi-cuadrada de Pearson = 3.857, GL = 1, Valor p = 0.050
- Chi-cuadrada de la tasa de verosimilitud = 3.246, DF = 1, Valor p = 0.072
- **OR: 4; IC_{95%}: 0.9197 - 17.3969**

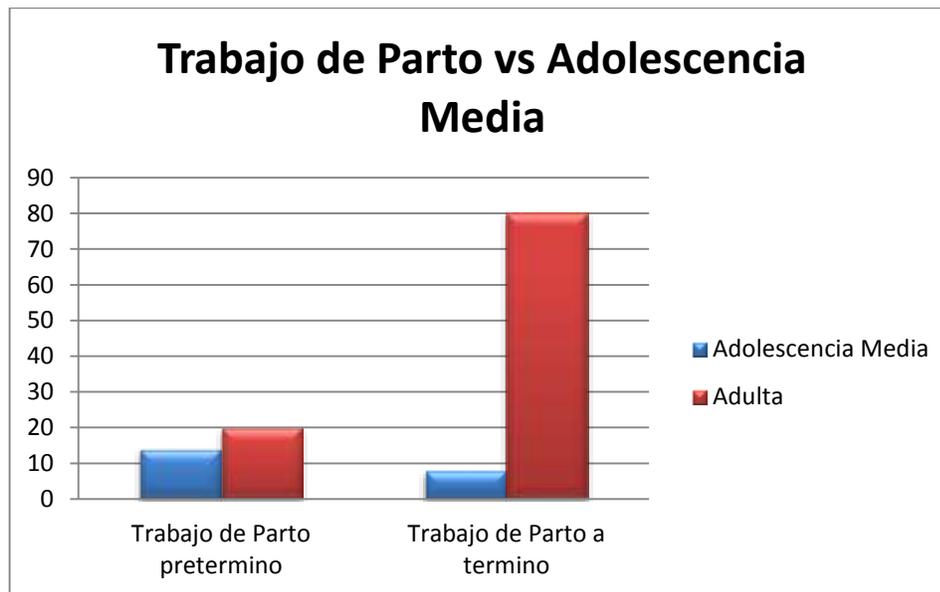
Interpretación: El riesgo de presentar un trabajo de parto pre terminó es 4 veces mayor si la madre se encuentra en la adolescencia temprana. No significativo.

Tabla No. 4
PARTO SEGÙN ADOLESCENCIA MEDIA

Trabajo de parto según la edad de la madre adolescente o adulta en el
Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Junio – octubre 2015.

Edad	Trabajo de Parto		Total
	Pretermino	Termino	
Adolescente Media	14 11.47%	8 6.56%	22 18.03%
Adulta	20 16.39%	80 65.58%	100 81.97%
Total	34 27.87%	88 72.13%	122 100%

Grafico No. 4



Fuente: Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo Lima, Junio – Octubre del 2015

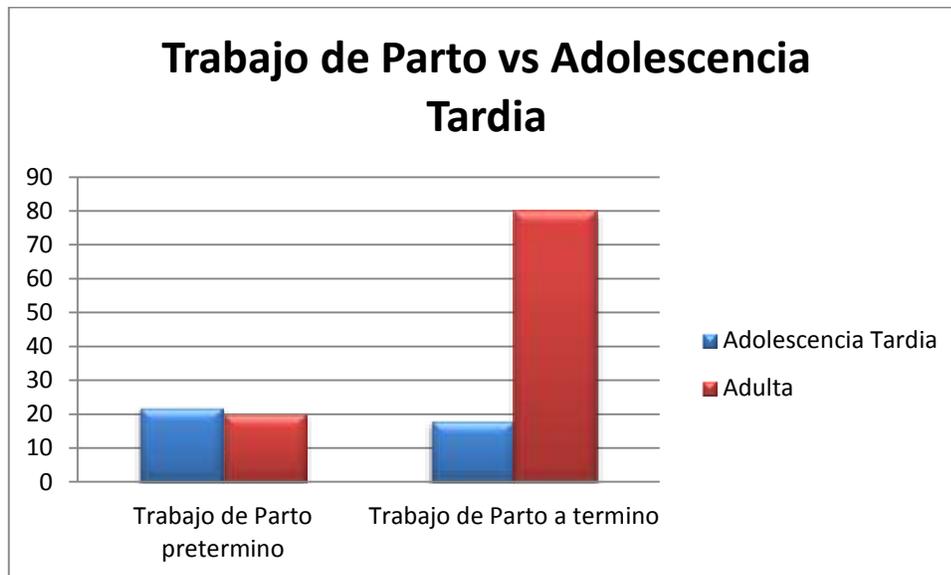
- Chi-cuadrada de Pearson = 17.081, GL = 1, Valor p = 0.000
- Chi-cuadrada de la tasa de verosimilitud = 15.456, DF = 1, Valor p = 0.0001
- **OR: 7; IC_{95%}: 2.5820 - 18.9775**

Interpretación: El riesgo de presentar un trabajo de parto pre terminó es 7 veces mayor si la madre se encuentra en la adolescencia media.

Tabla No. 5
PARTO SEGÙN ADOLESCENCIA TARDIA
 Trabajo de parto según la edad de la madre adolescente o adulta en el
 Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Junio – Octubre 2015.

Edad	Trabajo de Parto		Total
	Pretermino	Termino	
Adolescente Tardia	22 15.71%	18 12.86%	40 28.57%
Adulta	20 14.29%	80 57.14%	100 71.43%
Total	42 30%	98 70%	140 100%

Grafico No. 5



Fuente: Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo Lima, Junio – Octubre del 2015

- Chi-cuadrada de Pearson = 16.667, GL = 1, Valor p = 0.000
- Chi-cuadrada de la tasa de verosimilitud = 15.910, DF = 1, Valor p = 0.0001
- **OR: 4.89; IC_{95%}: 2.2131 - 10.7997**

Interpretación: El riesgo de presentar un trabajo de parto pre terminado es 4.89 veces mayor si la madre se encuentra en la adolescencia tardía.

5.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1 GENERAL

H₁. La gestación en la adolescencia es un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015

H₀₁. La gestación en la adolescencia no es factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	10,362 ^a	1	,001
Razón de verosimilitud	10.284	1	,001
N de casos válidos	170		

Se obtuvo una correlación de Pearson de 10.362 lo que comprueba la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna que la gestación en adolescentes no es un factor de riesgo para parto pretérmino. Además esta asociación es significativamente estadística. Con un IC 95% 1.5179 - 5.9294.

5.2.2 ESPECÍFICAS

1. H_1 La edad más frecuencia en que se dan las gestaciones es en la adolescencia tardía en el en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	10 a 13	8	4.71	4.71	4.71
	14 a 16	22	12.94	12.94	17.65
	17 a 19	40	23.53	23.53	41.18
	20 a 29	72	42.35	42.35	83.53
	30 a 39	22	12.94	12.94	96.47
	40 a más	6	3.53	3.53	100
	Total	170	100,0	100,0	

En nuestro estudio encontramos con respecto a la Edad, el 42% de la muestra encuestada corresponde a las edades entre 20 a 29 años de edad, el 24% se encuentra comprendido entre 17 a 19 años. Lo cual rechaza nuestra hipótesis nula. Con un IC 95% de 2.5820 - 18.9775 lo cual es significativamente estadístico.

2. H₁ La adolescencia temprana es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

H₀₁ La adolescencia temprana es un factor de riesgo para un trabajo

de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	3,857 ^a	1	,050
Razón de verosimilitud	3.246	1	,072
N de casos válidos	170		

Se obtuvo una correlación de Pearson de 3.857 lo que comprueba la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna que la adolescentes temprana no es un factor de riesgo para parto pretérmino. Con un IC 95% 0.9197 - 17.3969 lo cual NO es significativamente estadístico.

3. H₁ La adolescencia media es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

H₀₁ La adolescencia media es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	17.081 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	15.456	1	,0001
N de casos válidos	170		

Se obtuvo una correlación de Pearson de 17.081 lo que comprueba la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna que la adolescentes temprana no es un factor de riesgo para parto pretérmino. Con un IC 95% 0.9197 - 17.3969 lo cual NO es significativamente estadístico.

4. H₁ La adolescencia tardía es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

H₀₁ La adolescencia tardía es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en el Hospital Dos de Mayo en el periodo Junio – Octubre del 2015.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Valor P
Chi-cuadrado de Pearson	16,667 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	15,910	1	,0001
N de casos válidos	170		

Se obtuvo una correlación de Pearson de 16,667 lo que comprueba la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna que la adolescentes tardia no es un factor de riesgo para parto pretérmino. Con un IC 95% 2.2131 - 10.7997 lo cual es significativamente estadístico.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

El embarazo adolescente es un problema de Salud Pública que genera cambios bio-sico-sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de éste, tales como: aborto, parto pre término, patologías hipertensivas, rotura prematura de membranas, infección urinaria, patologías placentarias, recién nacido de bajo peso, entre otras.

El objetivo de la investigación ha sido determinar el si la gestación en adolescentes es un factor de riesgo para un trabajo de parto pre terminó en gestantes que culminaron su gestación en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de junio a setiembre del 2015. Los resultados demuestran que la asociación de las variables en estudio es significativamente estadístico, se obtuvo una correlación de Pearson de 10.362 lo que comprueba la hipótesis nula. Uno de los estudios que guardan una relación directa con la investigación realizada es la propuesta de investigación es la realizada por José Sandoval¹⁷, y colaboradores realizaron un estudio observacional, analítico, caso control para identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes en el servicio de Gineco-obstetricia Hospital Nacional Sergio E. Bernales, encontraron que la prematuridad, los pequeños para edad gestacional, peso bajo y el traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en las adolescentes, lo cual respalda este estudio; del mismo modo contrastamos con los estudios de Villalobos y colaboradores²⁹ del total de embarazadas atendidas en el hospital durante el periodo de estudio; 25,13 % eran adolescentes; la media de edad fue 17,45; 4,63 % con edad gestacional de 35 semanas o menos; 1,34 % peso muy bajo y 0,54 % alguna malformación congénita.

También vale destacar el estudio realizado por el Doctor Riscarle Manrique¹⁹, y colaboradores el cual obtuvo que la prevalencia de parto pre término fue 10,51

%. El grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %. Se presentaron patologías maternas (85,3 %) y complicaciones perinatales (38,2 %). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas. La pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo en adolescentes que aunque no fueron estudiadas en nuestro estudio son factores asociados a la adolescencia y que influyen en el parto preterminó.

Angélica E y colaboradores²⁴ realizaron un estudio transversal nacional entre las mujeres gestantes de 15 a 24 años en el 2009, la media de edad fue de 20,2 años lo cual se correlaciona con nuestro estudio donde el mayor grupo de mujeres gestantes comprendía las edades de 20 a 29 años. El estudio en comparación encontró otros factores asociados que se deben tener en cuenta para estudios futuros por lo cual concluyó que hay una alta prevalencia del parto prematuro en las mujeres jóvenes del Brasil y que el parto prematuro presenta una etiología multifactorial.

Otro estudio es el de Bojanini, F. y Col.²⁷ Realizaron un estudio descriptivo, con datos obtenidos de la base de datos del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antioquia El 53,6% de las adolescentes y el 50,4% de las adultas presentaron parto pretérmino. Porcentaje mayor al encontrado en nuestro estudio donde el 41,18% fueron adolescentes y el 58,82% adultas. Además que el bajo peso al nacer y la prematuridad fueron más frecuentes en las adolescentes, lo cual apoya nuestro estudio donde encontramos que se presentó mayor prematuridad en las gestantes adolescentes.

Con respecto a las etapas de la adolescencia Riscarle Manrique¹⁹, en el 2008 realizaron un estudio descriptivo, transversal para determinar la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, patologías asociadas y complicaciones perinatales. De las 647 adolescentes 68 presentaron la condición de parto pretérmino, representando éstas una prevalencia de 10,51 %. Del total de la

muestra, 29 pacientes (42,6 %) fueron adolescentes intermedias 39 (57,4 %) y adolescentes tardías. La edad mínima fue de 14 años y la máxima 17 años. No hubo adolescentes precoces. Cabe destacar que más de la mitad de las pacientes de este estudio con parto pretérmino eran adolescentes tardías (17-19 años). Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa. Este estudio apoya nuestros resultados donde encontramos que la adolescencia es un factor de riesgo para parto pretérmino aunque este resultado no lo podemos extrapolar a poblaciones grandes debido a que el resultado al IC 95% no es significativamente estadístico. Posiblemente esto se deba a la muestra insuficiente por la poca cantidad de casos. Además en el estudio en comparación no contaron con casos de edades comprendidas en la adolescencia temprana que equivale a la adolescencia precoz concordamos que es una etapa de mayor riesgo no solo por la edad sino por otros factores asociados, teniendo en cuenta que aún en esta fase una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde a este momento de su vida, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; por tanto deben ser consideradas como adolescentes embarazadas y no embarazadas.

De manera distinta en el estudio realizado por Doreyis Anyell y Colaboradores²⁸ a una muestra intencionada de 35 adolescentes embarazadas, durante el año 2011; con el objetivo de caracterizar el embarazo en la adolescencia. Concluyeron que predominan las adolescentes entre 18 y 19 años, con situación socioeconómica favorable y sin pareja estable. Entre los factores de riesgo más frecuentes se identificaron la desnutrición materna y el aumento insuficiente de peso. A pesar de esto predominó el parto a término lo cual es contradictorio con el resultado de nuestro estudio pero posiblemente se deba a

la situación socioeconómica de las pacientes del estudio, debido a que las gestantes que acuden al Hospital Nacional Dos de Mayo son de bajos recursos económicos entre otros factores sociodemográficos.

Los hallazgos permiten concluir que el parto pretérmino es una complicación presente en las embarazadas adolescentes que se debe a múltiples factores no solo por la misma edad sino a que esta está asociada a un 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.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad de la adolescente embarazada y el parto pre terminado pero analizando nuestro estudio con las propuestas de otros investigadores el parto pre terminado se ve influenciado por la edad debido a que está vinculado a patologías asociadas, a mayor edad menos patologías asociadas, lo que concuerda con otras investigaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La gestación en adolescentes es un factor de riesgo para presentar parto pre término en las gestantes del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo junio – octubre del 2015.
- Se concluyó que en la edad comprendida entre los 20 y 29 años es más frecuente la gestación.
- La adolescencia temprana es factor de riesgo para presentar parto pre término.
- La adolescencia media es factor de riesgo para presentar parto pre término.
- La adolescencia tardía es factor de riesgo para presentar parto pre término.

RECOMENDACIONES

Si bien en nuestro estudio asociación de la edad materna con el parto pre término resulto significativo no significa que sea el único factor de riesgo como hemos se ha visto en los demás estudio. Se recomienda promover programas de educación sexual a nivel escolar, con el fin de que los jóvenes conozcan su sexualidad y aprendan a manejarla responsablemente antes de la adolescencia; fomentar el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes con o sin vida sexual activa; promover consultas de atención ginecológica y de planificación familiar exclusiva para adolescentes; educar a las jóvenes para que realicen un adecuado control prenatal; identificar las pacientes con factores predisponentes para parto pre término, así como otras patologías de alto riesgo y referirlas a la consulta de alto riesgo obstétrico; capacitar adecuadamente al personal de salud para reconocer las complicaciones perinatales en los recién nacidos; y promover las acciones en salud reproductiva del adolescente con enfoque de riesgo obstétrico, en función del binomio madre-hijo.

ANEXOS

ANEXO No. 1: VARIABLES

Parto pretérmino

Denominación	Parto Pretérmino
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	De intervalo
Indicador	Edad Gestacional, clasificando: Prematuro Tardío >32-37semanas Muy Prematuro >28-32semanas Extremadamente Prematuro entre 22-28semanas
Unidad de medida	Semanas
Instrumento	Historia Clínica
Dimensión	Clínica
Definición conceptual	Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales.

Variable: Edad de la gestante

Denominación	Gestante adolescente
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	De intervalo
Indicador	Fecha de nacimiento: Adolescente Temprana: 10 a 13 años. Adolescente Media: 14 a 16 años. Adolescente Tardía: 17 a 19 años.
Unidad de medida	Años
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Biológica
Definición conceptual	Mujer gestante que se encuentra entre los 10 a 19 años de edad.

ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
N° H.C.	
Datos del Recién Nacido	
Parto Pre terminó	
Parto a terminó	
Datos de la Madre	
Edad	
Adolescente Temprana 10-13 años	
Adolescente Media 14-16 años	
Adolescente Tardía 17-19 años	
Adulta >20 años	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⁱ Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- ⁱⁱ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2013: [Internet]. 2016 [cited 12 January 2016]. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf>
- ⁱⁱⁱ Cunningham, Leveno, Bloom Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricia 23° Edicion Pag 804-831,2010.
- ^{iv} Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- ^v Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2013: [Internet]. 2016 [cited 12 January 2016]. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf>
- ^{vi} Who.int. OMS | Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet]. 2016 [cited 12 January 2016]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- ^{vii} Peru21. Perú: Alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros mueren al año [Internet]. 2013 [cited 12 January 2016]. Available from: <http://peru21.pe/actualidad/alrededor-12400-recien-nacidos-prematuros-mueren-al-ano-peru-2157901>
- ^{viii} Who.int. WHO | Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. 2016 [cited 12 January 2016]. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html
- ^{ix} Cunningham, Leveno, Bloom Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricia 23° Edicion Pag 804-831,2010.
- ^x Germain A, Oyarsun E et al - Universidad de Lima. Parto Pretermino. :http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamento/obstetricia/altoriesgo/parto_prematuro.html (accessed).
- ^{xi} Fleming N, Ng N, Osborne C, Biederman S, Yasseen AS 3rd, Dy J, Rennicks White R, Walker M. Resultados de los embarazos adolescentes en la provincia de Ontario: un estudio de cohorte. J Obstet Ginecología 2013 Mar, 35 (3):234-45.
- ^{xii} Díaz A, Sanhueza R, Yaksic B Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena Obstetricia Ginecología 2002; 67(6): 481-487
- ^{xiii} Sáez Cantero Embarazo y Adolescencia. Resultados Perinatales.Hospital Ginecoobstétrico "Clodomira Acosta Ferrales".Revista Cubana Obstetricia y Ginecologia 2005; 31(2)
- ^{xiv} Riva Reategui. Factores de riesgo para parto pretérmino espontaneo en gestantes adolescentes del hospital de apoyo N 2 Yarinacocha -Pucallpa 2004.
- ^{xv} Requejo, Craig Rubens, Ramkumar Menonf & Paul FA Van Look. The worldwide incidence of
- preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ.* 2010; 88:31–38

-
17. ^{xvi} Jose Sandoval, Fanny Mondragón, Monica Ortíz. Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio Caso Control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2007; 53(1):28-34.
 18. ^{xvii} Diana Huanco A. PhD, Manuel Ticona R. PhD, Maricarmen Ticona V., Flor Huanco A. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012; 77(2): 122-128
 19. ^{xviii} Tatiana Zoila Ochoa Roca, Kenia Hechavarría Barzaga, Rolando González Cuello, Reinerio Ayala Ramos, Sonia González Pérez. Influencia de la edad materna en los resultados perinatales en gestantes de la Policlínica René Ávila Reyes. Correo científico médico. 2012, 16(1).
 20. ^{xix} Drs. Riscarle Manrique, Airlen Rivero, Magaly Ortunio, Marianela Rivas, Rosa Cardozo, Harold Guevara. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2008; 68(3): 144-149.
 21. ^{xx} Rivera L, Fuentes-Román ML, Esquinca-Albores C, Abarca FJ, Hernández-Girón C. Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. Rev Saude Publica. 2003; 37:687-92.
 22. ^{xxi} Gabriela Henríquez Valencia, Eugenia Gil García. El parto en las adolescentes sevillanas: características, diagnósticos y procedimientos. Matronas Prof. 2012; 13(1): 9-14.
 23. ^{xxii} Miranda-Del Olmo H, Cardiel-Marmolejo LE, Reynoso E, Paulino OL, Acosta-Gómez Y. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2003; 66:22-28.
 24. ^{xxiii} Angélica E. Miranda, Valdir M. Pinto, Célia L. Szwarcwald, and Elizabeth T. Golub. Prevalencia de trabajo de parto pretérmino en mujeres jóvenes atendidas en hospitales públicos de Brasil. Salud Publica.2012; 32(5):330-4.
 25. ^{xxiv} Solange A. Montero Angeles, David Roberto Hernández, Jacqueline Álvarez H, Samuel Núñez, Nelly E. Batista. Frecuencia de parto pretérmino en adolescentes embarazadas. Rev. Med. Dom. DR-ISSN-0254-4504 ADOERBIO 001 Vol.64 (3) y Vol.65 (1) Sep/diciembre 2003 Enero/Abril2004
 26. ^{xxv} Juan Fernando Bojanini B., Joaquín Guillermo Gómez D. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 No.2 • 2004 • (114-121)
 27. ^{xxvi} Juan Fernando Bojanini B., M.D., Joaquín Guillermo Gómez D., M.D. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Rev Colomb Obstet Ginecol vol.55 no.2 Bogotá Apr. /June 2004.
 28. ^{xxvii} Antonio Baena Rivero, Andrea Alba, María Camila Jaramillo, Sandra Carolina Quiroga, Laura Luque. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. *aten fam* 2012; 19(4).
 29. ^{xxviii} Dra. Doreyis Anyell Navaza Buzón, Dr. Raciél Alarcón González, Dra. Migdalia Ocaña Candelario, Dr. Hancel Caballero Castellanos, Lic. Maria Elena Pupo Pupo. Caracterización del embarazo en la adolescencia. Policlínico "Julio Grave de Peralta". III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana - CIMF X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud Versión Virtual. 2011.
 30. ^{xxix} Dr. Roberto Carlos Ortiz Villalobos, Dr. Alberto Bañuelos Franco y Col. Perfil obstétrica y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Vol. 41, Num. 4
 31. ^{xxx} Organización Mundial de la Salud. Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. PMNCH: March of Dimes; 2012 p. 45.

-
32. ^{xxx} Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reglamento técnico administrativo para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Caracas; 2003.
 33. ^{xxxii} Juan R. Issler. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Catedra VIa Medicina N°107. Agosto, 2001. pp11-23.
 34. ^{xxxiii} Díaz A., Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chilena Obstetricia Ginecología, 2002; 67 (6):481.
 35. ^{xxxiv} Diana Huanco et al. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012; 77(2): 122-128.
 36. ^{xxxv} Manrique y cols Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149
 37. ^{xxxvi} Sandoval J. Morbilidad obstétrica en adolescentes. En: Sandoval J, González E, editores. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. 3a edición. Caracas: Mediterráneo; 2003.p.451
 38. ^{xxxvii} Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(2): 116
 39. ^{xxxviii} Peláez Mendoza J, Sarmiento Barceló J, Oz Cornesa R de la, Zambrano Cárdenas A. Cesárea en la adolescencia: Morbilidad materna y perinatal. Rev Cubana Obst Ginecol 1996;22(1):45-52.
 40. ^{xxxix} Germain A, Oyarsun E. Parto prematuro. [Monografía de Internet]*. Escuela de Medicina, Universidad de Lima: 2002 [acceso 6 de abril de 2006]. Disponible en:http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamento/obstetricia/altoriesgo/parto_prematuro.html
 41. ^{xl} Faneite P, Gómez R, Guinand M, Faneite J, Manzano M, Martí A, et al. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(1):1-6.
 42. ^{xli} Netquest.com. Netquest - Servicios de encuestas online y panel online [Internet]. 2016 [cited 27 January 2016]. Available from: <http://www.netquest.com/es/panel/calculadora-muestras/calculadoras-estadisticas.html>