

TESIS

**“INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL II-2- TARAPOTO, AGOSTO 2016 –
JULIO 2017”**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN –
TARAPOTO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS

**“INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2- TARAPOTO, AGOSTO 2016
– JULIO 2017”**

**PRESENTADOP POR:
EISNTHEN LEÓN SUÁREZ**

**ASESOR:
MED. GINEC. MANUEL ISAAC PÉREZ KUGA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**TARAPOTO – PERÚ
2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA – TARAPOTO
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA


**“INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2
TARAPOTO, AGOSTO 2016 – JULIO 2017”**

COMITÉ DE TESIS:




Dra. Alicia Bartra
Reátegui

PRESIDENTE



Méd. Mg. Teobaldo López
Chumbe

SECRETARIO



Méd. Ginec. Washington Tercero
Vásquez Cachay

MIEMBRO



Méd. Ginec. Manuel Isaac
Pérez Kuga

ASESOR

TARAPOTO – PERÚ
2017

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	León Suárez Eiznthen		
Código de alumno :	104330	Teléfono:	956925823
Correo electrónico :	leonleon_01@hotmail.es	DNI:	46928683

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Medicina Humana
Escuela Profesional de:	Medicina Humana.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	"Incidencia de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital 7-2 Tarapoto, agosto 2016 - julio 2017."
Año de publicación:	2017

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".


Firma del Autor

8. Para ser llenado por la Biblioteca Central

Fecha de recepción del documento por el Sistema de Bibliotecas:

01/12/2017

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO
UNIDAD DE BIBLIOTECA CENTRAL

Prof. Alicia Mercedes Grández Chávez
JEFE DE LA UNIDAD DE BIBLIOTECA CENTRAL

Firma de Unidad de Biblioteca

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

DEDICATORIA

A mis padres **Roberto León Quispe** y **Mirian Suárez Miliam**, por el amor, la educación, los valores inculcados, por el apoyo moral y económico, incondicionales, que me permitieron crecer y estudiar esta carrera, por convertirse en el principal motor para afrontar las dificultades en mi camino, a mis maestros de toda la carrera por sus enseñanzas, y aquellas personas que vuelven especial cada paso en mi andar que de una u otra forma contribuyeron a que este logro fuera un éxito.

EISNTHEN LEÓN SUÁREZ

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por protegernos siempre y darnos fuerzas para superar dificultades, por darnos enseñanzas de vida a entender y ayudar a nuestro prójimo.

Agradecimiento y reconocimiento a la Universidad Nacional de San Martín, por acogerme en sus aulas así poder ser un profesional de la salud, y asumir el compromiso de servicio de velar por la salud de la población.

MED. GINEC. MANUEL ISAAC PÉREZ KUGA, Asesor del presente trabajo por su apoyo y ayuda incondicionales en el proceso de la investigación. Amigo y docente que nos brinda sus conocimientos para ser mejores personas y profesionales.

A todos los docentes de la universidad, quiénes dieron lo mejor de sí durante mi estadía en dicha casa superior de estudios, lo cual ha sido muy valioso para poder desarrollar esta investigación. Gracias por compartir sus conocimientos y ser grandes formadores.

A mis compañeros de estudio por la amistad y por el aliento permanente para llegar a la meta trazada

EL AUTOR

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	16
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	18
1.4. FORMULACIÓN DE VARIABLES	18
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
1.6. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
1.8. BASES TEÓRICAS	29
CAPÍTULO II. OBJETIVOS	50
2.1. OBJETIVO GENERAL	50
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	52
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	52
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	52
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	52
3.4. COBERTURA DE INVESTIGACIÓN	53
3.5. FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	54
3.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	54
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	55
3.8. LIMITACIONES	55
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	57
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	57

CAPÍTULO V. DISCUSIONES	86
5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	86
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	91
6.1. CONCLUSIONES	91
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES	93
7.1. RECOMENDACIONES	93
CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
8.1 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	95
CAPÍTULO IX. ANEXOS	103
9.1. Anexo 1.....	103
9.2. Anexo 2.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad de la adolescente con parto pretérmino.....	57
Tabla 2: Lugar de procedencia de adolescentes con parto pretérmino.....	58
Tabla 3: Estado civil de adolescente con parto pretérmino.....	59
Tabla 4: Nivel de instrucción de adolescente con parto pretérmino.....	60
Tabla 5: Hábitos nocivos de la adolescente con parto pretérmino.....	61
Tabla 6: Enfermedades previas de adolescente con parto pretérmino.....	62
Tabla 7: Gestaciones de la adolescente con parto pretérmino.....	63
Tabla 8: Número de partos de la adolescente con parto pretérmino.....	64
Tabla 9: Antecedente de aborto de adolescente con parto pretérmino.....	65
Tabla 10: Antecedentes de parto pretérmino de adolescente con parto pretérmino.....	66
Tabla 11: Controles prenatales de adolescente con parto pretérmino.....	67
Tabla 12: Anemia en adolescente con parto pretérmino.....	68
Tabla 13: Infección de tracto urinario de adolescente con parto pretérmino.....	69
Tabla 14: Preeclampsia en adolescente con parto pretérmino.....	70
Tabla 15: Eclampsia en adolescente con parto pretérmino.....	71
Tabla 16: Placenta previa en adolescente con parto pretérmino.....	72
Tabla 17: Desprendimiento de placenta previa de gestantes con parto pretérmino.....	73
Tabla 18: Ruptura prematura de membranas en adolescente con parto pretérmino.....	74
Tabla 19: Embarazo múltiple en adolescente con parto pretérmino.....	75
Tabla 20: Edad gestacional de adolescente con parto pretérmino.....	76

Tabla 21: Tipo de parto de adolescente con parto pretérmino.....	77
Tabla 22: Relación entre lugar de procedencia y anemia.....	78
Tabla 23: Prueba de chi-cuadrado.....	78
Tabla 24: Relación de la edad de las encuestadas y edad de gestación.....	79
Tabla 25: Prueba de chi-cuadrado.....	80
Tabla 26: Relación entre edad de encuestadas y la infección tracto urinario.....	80
Tabla 27: Pruebas de chi-cuadrado.....	81
Tabla 28: Relación de embarazo múltiple y ruptura prematura de membranas.....	82
Tabla 29: Pruebas de chi-cuadrado.....	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1: Edad de adolescente con parto pretérmino.....	57
Grafico 2: Lugar de procedencia de adolescentes con parto pretérmino.....	58
Grafico 3: Estado civil de adolescente con parto pretérmino.....	59
Gráfico 4: Nivel de instrucción de adolescente con parto pretérmino.....	60
Gráfico 5: Hábitos nocivos de la adolescente con parto pretérmino.....	61
Gráfico 6: Enfermedades previas de adolescente con parto pretérmino.....	62
Grafico 7: Gestaciones de la adolescente con parto pretérmino.....	63
Grafico 8: Número de partos de la adolescente con parto pretérmino.....	64
Grafico 9: Antecedente de aborto de adolescente con parto pretérmino.....	65
Grafico 10: Antecedentes de parto pretérmino de adolescente con parto pretérmino....	66
Grafico 11: Controles prenatales de adolescente con parto pretérmino.....	67
Grafico 12: Anemia en adolescente con parto pretérmino.....	68
Grafico 13: Infección de tracto urinario de adolescente con parto pretérmino.....	69
Grafico 14: Preeclampsia en adolescente con parto pretérmino.....	70
Grafico 15: Eclampsia en adolescente con parto pretérmino.....	71
Grafico 16: Placenta previa en adolescente con parto pretérmino.....	72
Grafico 17: Desprendimiento de placenta previa de gestantes con parto pretérmino....	73
Grafico 18: Ruptura prematura de membranas en adolescente con parto pretérmino....	74
Grafico 19: Embarazo múltiple en adolescente con parto pretérmino.....	75
Grafico 20: Edad gestacional de adolescente con parto pretérmino.....	76

Grafico 21: Tipo de parto de adolescente con parto pretérmino.....	77
Grafico 22: Relación entre lugar de procedencia y anemia.....	78
Grafico 23 Relación de la edad de las encuestadas y edad de gestación.....	79
Grafico 24: Relación entre edad de encuestadas y la infección tracto urinario....	81
Grafico 25: Relación de embarazo múltiple y ruptura prematura de membrana.....	82

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de Salud
PP	: Parto Pretérmino
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ITU	: Infección del Tracto Urinario
UFC	: Unidades Formadoras de Colonias
HTA	: Hipertensión Arterial
HIE	: Hipertensión Inducida por el Embarazo
FIGO	: Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología
TPP	: Trabajo de Parto Pretérmino
LA	: Líquido amniótico
TAT	: Trombina/Antitrombina
ESI	: Educación Sexual Integral
FUR	: Fecha de Última Regla
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)
UNSM-T	: Universidad Nacional San Martín - Tarapoto

RESUMEN

El estudio del presente trabajo se realizó en el HOSPITAL II-2 TARAPOTO, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidos en el Hospital II-2 – TARAPOTO, agosto 2016 - julio 2017. Para lo cual se hizo uso del diseño descriptivo simple, trabajándose con una muestra de 112 gestantes adolescentes atendidos en el servicio de ginecoobstetricia del hospital II-2 TARAPOTO. Para el recojo de información se utilizó las historias clínicas de las pacientes, que cumplan con los criterios de inclusión. Como resultados respecto a los factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino en adolescentes con mayor incidencia fueron: edad de 14 – 13 años con 47.3%, procedencia rural con 61.6%, estado civil conviviente con 68.8%, nivel de instrucción secundaria con 59.8%, sin ningún hábito nocivo con 75.9%, sin ninguna previa enfermedad sistémica con 92.9%. Los factores de riesgo obstétricos asociados a parto pretérmino en adolescente con mayor incidencia fueron: primigesta con 74.1%, partos primíparas con 85.7%, sin antecedente de parto pretérmino con 94.6%, sin antecedente de aborto con 87.5%, control prenatal adecuado con 69.6%, sin anemia con 44.6%, sin infección del tracto urinario con 69.6%, sin preeclampsia con 81.3%, sin eclampsia con 96.4%. Los factores de riesgo placentarios y uterinos asociados a parto pretérmino en adolescentes con mayor incidencia fueron: no presentaron placenta previa un 100%, sin desprendimiento prematuro de placenta con 99,1%, sin ruptura prematura de membrana con 78.6%. Los factores de riesgo fetales asociado a parto pretérmino en adolescentes con mayor incidencia fue: sin embarazo múltiple con 92.9%. Se llegó a la conclusión que la incidencia de parto pretérmino en gestantes adolescentes durante el año de estudio fue 14.35% (112 pacientes) con respecto al total de gestantes adolescentes que culminaron su gestación en hospital II-2 TARAPOTO. La incidencia de edad gestacional de parto pretérmino en adolescente fue de 32 a <37 semana (parto pretérmino moderado) con 91.1%. La incidencia de la vía de culminación de parto pretérmino en gestantes adolescente fue la vía cesárea 51.8%.

PALABRAS CLAVE: parto pretérmino, adolescencia, embarazo, factor de riesgo.

ABSTRACT

The study of the present work was carried out in the HOSPITAL II-2 TARAPOTO, whose objective was to determine the incidence of the risk factors associated with preterm delivery in pregnant teenagers attended in the Hospital II-2 - TARAPOTO, August 2016 - July 2017. For which was made use of the simple descriptive design, working with a sample of 112 adolescent pregnant women attended in the obstetric and gynecological service of the hospital II-2 TARAPOTO. For the collection of information, the patient's medical records were used, which meet the inclusion criteria. As results regarding the maternal risk factors associated with preterm delivery in adolescents with higher incidence were: age of 14 - 13 years with 47.3%, rural origin with 61.6%, civil cohabitation with 68.8%, secondary education level with 59.8%, without any harmful habit with 75.9%, without any previous systemic disease with 92.9%. The obstetric risk factors associated with preterm delivery in adolescents with the highest incidence were: primigravida with 74.1%, primiparous deliveries with 85.7%, without antecedent of preterm birth with 94.6%, without antecedent of abortion with 87.5%, adequate prenatal control with 69.6%, without anemia with 44.6%, without infection of the urinary tract with 69.6%, without preeclampsia with 81.3%, without eclampsia with 96.4%. The placental and uterine risk factors associated with preterm delivery in adolescents with higher incidence were: they did not present placenta previa 100%, without premature detachment of placenta with 99.1%, without premature membrane rupture with 78.6%. The fetal risk factors associated with preterm delivery in adolescents with the highest incidence were: without multiple pregnancy with 92.9%. The conclusion was reached that the incidence of preterm delivery in pregnant adolescents during the study year was 14.35% (112 patients) with respect to the total of adolescent pregnancies that culminated their pregnancy in hospital II-2 TARAPOTO. The incidence of gestational age of preterm delivery in adolescents was 32 to <37 weeks (moderate preterm birth) with 91.1%. The incidence of the culmination route of preterm delivery in adolescent pregnant was the cesarean section 51.8%.

KEYWORDS: preterm delivery, adolescence, pregnancy, risk factor.

CAPITULO

I

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, fija sus límites entre los 10 y 19 años. (1)

El embarazo en adolescentes es un hecho cada vez más frecuente en países en vías de desarrollo. Muchos de estos embarazos no son planificados y aparecen en comunidades con bajos recursos económicos y sin acceso a sistemas de salud, circunstancias que ponen en riesgo la vida de la joven madre y la del bebé. (2). Los embarazos en mujeres adolescentes son de alto riesgo por diversas complicaciones maternas y perinatales, pues implican el nacimiento pretérmino con 60 a 80% de mortalidad neonatal en la población general. Aunque este fenómeno se ha explicado desde la perspectiva de la inmadurez biológica, el nacimiento pretérmino se considera multifactorial y se pueden distinguir las condiciones maternas, obstétricas, utero-placentarias, y/o fetales que llevan al término prematuro del embarazo. (3).

El parto prematuro es definido por la (OMS) como el parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, representa una complicación obstétrica frecuente en el embarazo. (4). Diversos estudios muestran que la incidencia de parto pretérmino es mayor en las adolescentes comparadas con la población general. La incidencia de parto pretérmino guarda una correlación inversa con la edad de la madre (en particular en los grupos de 13 a 15 años) y el nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbilidad neonatal y postneonatal. (5)

Entre los factores de riesgo de PP en adolescentes se encuentran el nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación), edad materna menor de 16, estado civil soltera, actividad laboral materna intensa, tabaquismo e ingestión de drogas, enfermedad materna crónica (asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión), infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, embarazo multifetal, antecedente obstétrico desfavorable (partos prematuros y abortos previos), complicaciones del embarazo (preeclampsia, rotura prematura de membranas,

sangrado, oligo o polihidramnios) y factores fetales (malformaciones e infecciones). (2)
Uno de los factores de riesgo del nacimiento pretérmino que se retoma en este estudio, es la edad materna adolescente con impacto en el parto pretérmino.

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna. (6).

En el Perú, es uno de los principales problemas de salud pública, el porcentaje de madres adolescentes y con primer embarazo a nivel nacional fue de 13 y 12.7% para los años 2000 y 2004, respectivamente. (7).

En el Perú, la maternidad y la paternidad en la adolescencia es una realidad que va en aumento, se estima que al menos 13 de cada 100 adolescentes (de 15 a 19 años), ya son madres o están embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres pobres y sin educación, y en muchos casos son “embarazos no planeados” que las colocan en una situación de alta vulnerabilidad. (8)

El número de embarazos adolescentes en la Región San Martín siguen siendo significativa durante los últimos años. Los índices de natalidad adolescente están entre los primeros seis lugares según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES- 2013. Para que la cifra de embarazo adolescente continúe sin ceder existen, el inicio precoz de relaciones sexuales cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención, el bajo nivel educativo sin un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, hace más probable que la adolescente, teniendo relaciones sexuales, no adopte una prevención efectiva del embarazo. (9)

La región de San Martín presenta una alta tasa de incidencia de embarazos adolescentes terminando casi siempre en parto pretérmino y teniendo mayor riesgo en adolescentes tempranos, ante esta problemática el presente estudio planea identificar e informar los la incidencia de los factores de riesgo de gestantes adolescentes de 10 a 19 años de edad que

terminaron en un parto pretérmino atendidos en el hospital de contingencia II-2 – TARAPOTO. Desde agosto del 2016 - julio del 2017.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestante adolescentes en el hospital II-2 – TARAPOTO, agosto 2016 - julio 2017?

1.3. FORMULACIÓN HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis de investigación

Hi: Existe alta incidencia de los factores de riesgo maternos, obstétricos, placentarios/uterinos y fetales asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto 2016 – julio 2017.

1.4. FORMULACIÓN DE VARIABLES

1.4.1. Variables Dependientes

Parto pretérmino en gestante adolescente.

1.4.2. Variables Independientes

1.4.2.1. Factores de riesgo maternos

1. Edad
2. Lugar de procedencia
3. Estado civil
4. Grado de instrucción
5. Hábitos nocivos
6. Enfermedades previas

1.4.2.2. Factores de riesgo obstétricas

1. Gestaciones.
2. Paridad
3. Antecedentes de aborto
4. Antecedente de parto pretérmino
5. Control prenatal
6. Anemia
7. Infección del tracto urinario
8. Preeclampsia leve/severa
9. Eclampsia

1.4.2.3. Factores de riesgo placentarios/uterinos

1. Placenta previa
2. Desprendimiento de placenta previa
3. Ruptura prematura de membrana

1.4.2.4. Factores de riesgo fetales

1. Embarazo múltiple

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.5.1. Variables Independientes

VARIABLES INDEPENDIENTE	INDICADOR	ÍTEMS
Edad de adolescente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la adolescente hasta el momento del estudio. Se medirá en años.	1. Adolescente temprano. (10-13) 2. Adolescente Media (14-16) 3. Adolescente tardía (17-19)
Lugar de procedencia	Se definirá de acuerdo al lugar o zona de donde proviene la madre gestante (lugar de nacimiento) que se medirá en forma urbana, y rural.	1. Urbano () 2. Rural ()
Estado civil	La unión de personas de diferente sexo y se medirá: soltera, casada, y conviviente de acuerdo a la historia clínica.	1. Soltero () 2. Casado () 3. Conviviente ()
Nivel de instrucción	Se definirá por la historia clínica en: analfabeto, primaria, secundaria y superior	1. Analfabeto () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Superior ()
Hábitos nocivos	Actos de repetición que son perjudiciales para la salud de la madre y más aún para el feto en formación. Se medirá en cuatro parámetros.	1. Tabaco () 2. Café () 3. Alcohol () 4. Drogas ()
Enfermedades previas	Aquellas enfermedades que presenta la gestante con anterioridad. Se procesara como: 1) Presento, o 2) No presente.	1. Ninguno () 2. Diabetes () 3. HTA () 4. Neumopatía () 5. Cardiopatía () 6. Nefropatía () 7. Otros ()
Gestaciones	Número de Gestaciones que ha presentado la adolescente hasta el momento de estudio registrado en la historia clínica.	1. Primigesta () 2. Multigesta ()
Paridad	Número de Partos que ha presentado la adolescente hasta el momento de estudio registrado en la historia clínica.	1. primípara () 2. múltipara ()
Antecedente de aborto	Se definirá según lo expresado en la historia clínica en forma numérica y se procesara: 1) Presento, o 2) No presente.	1. Presento () 2. No presente ()
Antecedente de parto pretérmino	Se definirá según lo expresado en la historia clínica en forma numérica y se procesara: 1) Presento, o 2) No presente.	1. Presento () 2. No presente ()
Control prenatal	Se definirá como gestante CONTROLADA aquella que tenga más de 3 controles y como MAL CONTROLADA aquella que tenga menor de 4, y NINGUNO aquellas que No tienen ningún control.	1. Ninguno () 2. Controlado: ≥ 4 () 3. Mal controlado: < 4 ()
Anemia (Hb)	Se consignara en la ficha de datos a toda gestante con hemoglobina menor de 11 gr/ml.	1. Leve () 2. Moderado () 3. Severo ()

Infección del tracto urinario	Se definirá según lo expresado en la historia clínica prenatal. Con sedimento urinario patológico, clínica y presencia del patógeno del urocultivo si se realizó.	1. Presento () 2. No presente ()
Preeclampsia leve/severa	Se definirá según lo expresado en la historia clínica con preeclampsia: Ninguno, leve o severa.	1. Presento () 2. No presente ()
Eclampsia	Según lo expresado en historia clínica con presencia de eclampsia más convulsiones.	1. Presento () 2. No presente ()
Placenta previa	Se definirá como aquella placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix, diagnosticado por ecografía prenatal y que figura en la historia.	1. Presento () 2. No presente ()
Desprendimiento de placenta previa	Se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal.	3. Presento () 4. No presente ()
Ruptura prematura de membrana	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: SI: historia positiva de RPM. NO: sin historia de RPM.	1. Presento () 2. No presente ()
Embarazo múltiple	Lo definiremos en la ficha de recolección de datos como: embarazo de 2 fetos = 2, o 3 fetos = 3.	1. 2 Fetos () 2. 3 Fetos ()

1.5.2. Variables Dependientes

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ITEMS
Parto pretérmino en gestante adolescente	Parto antes de las 37 semanas de gestación en adolescente, independiente del peso de nacimiento.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la edad gestacional por F.U.R. y ecografía del primer trimestre.	1. Moderado (32 – <37 sem) 2. Muy pretérmino (28 – <32 sem) 3. Extremadamente pretérmino (< 28 sem)

1.6. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Internacionales

Bracho C. (Venezuela - 2012) (10). Realizaron un estudio acerca de los “factores de riesgo asociados con la incidencia de partos pretérminos en adolescentes embarazadas” controladas en la consulta prenatal en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza (MACP), perteneciente al Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo”. Se trata de un estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y de campo en el cual se valoraron 100 adolescentes embarazadas atendidas en la consulta prenatal de la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, durante el periodo comprendido de junio 2009 a junio de 2010. A quienes se les hizo seguimiento de su embarazo hasta el momento del parto. Se encontró que las pacientes tenían un promedio de edad de 18,6 + 2,5 años, de las cuales el 51% viven en concubinato, procedentes del área urbana, con nivel socioeconómico bajo. La mayoría eran primigestas y se encontraba en el II Trimestre de gestación, el 65% no controlado o mal controlado, encontrándose como principales factores de riesgo la presencia de infecciones y anemia, como factores obstétricos se encontró enfermedad hipertensiva del embarazo en el 12%, 16% presentaron ruptura prematura de membranas. Las adolescentes embarazadas presentan factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que afectan la evolución de su gestación, condicionando la presencia de parto pretérmino.

Manrique R. y cols. (Venezuela - 2008) (11). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, durante el año 2005, patologías asociadas y complicaciones perinatales. Fue un estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se hizo revisión de historias clínicas del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello, Estado Carabobo. La prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %. El estrato socioeconómico predominante fue el IV con 67,6 %. Se presentaron patologías maternas (85,3%) como anemia, ruptura prematura de membranas, infecciones, Preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta; complicaciones perinatales (38,2%). La pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo en adolescentes.

Genes V. (Paraguay - 2012) (12). Realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido. Se 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 mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se obtuvo resultado que 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. Concluyendo que los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pretérmino fueron la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia.

Morgan F. y cols. (2010, México) (13). Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre nacimiento pretérmino y factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos. Fue un estudio retrospectivo, comparativo, longitudinal y observacional en el que se analizaron los registros clínicos de nacimientos pretérmino (casos prevalentes: n = 748) atendidos del 2001 al 2006 en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. Los controles se seleccionaron al azar de los registros clínicos de pacientes con nacimientos a término (n = 755). Se analizó la asociación de nacimiento pretérmino con factores sociodemográficos (edad, medio socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales) y obstétricos (embarazos, partos, abortos, cesáreas, control prenatal, sangrado transvaginal en la primera mitad del embarazo, antecedente de parto pretérmino e intervalo posaborto y posparto, rotura prematura de membranas, anemia e infección urinaria). Se obtuvo en los casos, el nivel socioeconómico bajo se asoció menos con parto pretérmino que en los controles (81.9% vs 86.4%; RM: 0.71; IC 95%: 0.5-0.9; p = 0.0191). El nacimiento pretérmino se asoció con: sangrado transvaginal en el primer trimestre (RM: 31.06; IC 95%: 7.5-127.6; p < 0.05), antecedente de parto pretérmino (RM: 9.33; IC 95%: 2-59.1; p = 0.0006), rotura prematura de membranas (RM: 9.24; IC 95%: 6.1-13.9; p < 0.05) e infección urinaria (RM: 3.72; IC

95%: 2.1-6.4, $p < 0.05$). No se demostró asociación con el resto de las variables analizadas. El nacimiento pretérmino se asoció, significativamente, con el nivel socioeconómico bajo, sangrado transvaginal en la primera mitad del embarazo, nacimiento pretérmino previo, periodo intergenésico posparto menor o igual a un año, con rotura prematura de membranas e infección urinaria.

Cluet. I y cols (2013, Venezuela) (1). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos hijos de 205 madres adolescentes en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, desde enero - agosto 2012. Fue un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, se realizó entrevista a la madre y revisión de historias clínicas de la madre y del neonato; indicadores recopilados: factores personales, socioeconómicos, demográficos, gineco-obstétricos y del nacimiento. Hubo 15,13 % adolescentes con hijos prematuros; entre 17-19 años (67,31 %); índice de masa corporal: 18,5-24,99 kg/m² (71,13 %); no estudiaban (41,46%), no completaron la secundaria (78,54%), dedicadas a oficios del hogar (68,29 %); en concubinato (55,12 %), estrato socioeconómico: nivel V (52,68 %); sin consumo de alcohol, drogas o tabaco (100 %); venezolanas (97,56 %); residenciadas en zonas urbanas (62,44.%); sin intentos de aborto en 82,93 %, mal control prenatal (64,39 %), primiparidad (72,68.%) nacimiento por parto (56,59 %), entre 34 y menores de 38 semanas de gestación (79,51 %). El bajo nivel socioeconómico y factores de riesgo familiar se relacionan con la prematuridad en el embarazo de estas adolescentes.

1.6.2. Nacionales

Reyes I. y Ruiz R. (2004, Perú-lima) (14). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo predisponentes para la ocurrencia de un parto pretérmino. Fue un estudio observacional, explicativo, retrospectivo, transversal y comparativo (casos y controles). Se tomaron 75 casos de puérperas mediatas e inmediatas que terminaron su gestación en un parto pretérmino en el Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”, de mayo a septiembre del 2003. En el análisis univariado se presentan los siguientes factores de riesgo: la infección del tracto urinario, preeclampsia, ruptura prematura de membranas vulvovaginitis, edad materna extrema, número de control

prenatal y peso pregestacional. Sin embargo en el análisis multivariado los factores de mayor fuerza de asociación son: Preeclampsia (OR: 4.82; IC 95%: 1.54-15.10) y la Infección del Tracto Urinario (OR: 3.84; IC 95%: 1.14-12.95). Los factores de riesgo predisponentes para la ocurrencia de un parto pretérmino, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, son: Preeclampsia y la Infección del Tracto Urinario.

Huaroto K. y Paucca M. (2013, Perú-ica) (15). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar los Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Neonatales asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica durante el año 2012. Fue un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76, los controles con diagnóstico de parto a término. Se aplicó la estadística descriptiva para las variables categóricas y de medidas de tendencia central para las variables numéricas. Se empleó la prueba del chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de p1 e IC 95%. Obtuvo que el 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente, la edad materna extrema en el estudio <19 años fue el 76, 7%, el estado civil casada tuvo el 20, 5%; 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja; infecciones; vaginosis bacteriana; nuliparidad; bajo peso al nacer; gemelaridad. Representaron factores de riesgo maternos: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y gemelaridad.

1.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Parto: Es la cadena de eventos fisiológicos que permiten que un feto lleve a cabo su viaje desde el útero hasta el mundo exterior. La duración media de un embarazo único es de 40,0 semanas (280 días), contados desde el primer día del último período menstrual. (29).

Parto pretérmino: definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, representa una complicación obstétrica frecuente en el embarazo. Se puede clasificar de acuerdo a su etiología en iatrogénico y espontáneo. (4).

Riesgo: Se considera como tal la posibilidad y la probabilidad de una pérdida en su más amplio sentido; la persona, cosa o situación que puede producir ese efecto; el monto de la pérdida por riesgo así como el valor o monto mismo del riesgo. (30).

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. (30).

Edad: Se utiliza el concepto de edad cumplida, también llamada edad en años cumplidos. Este concepto de edad es el utilizado de forma más corriente y se refiere al número de años completos que tiene una persona en una fecha concreta. (31).

Estado civil: La situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. (32).

Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. (31).

Hábitos nocivos: son el consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimiento del peligro que su utilización ocasiona. El alcohol y el tabaco son sustancias naturales y no médicas aunque sí legales, éstas cuando son consumidas producen algún efecto sobre el sistema nervioso del hombre y determinan además tolerancia y dependencia así como diferentes acciones perjudiciales que pueden afectar a la salud en sus aspectos psíquico, mental y social. (33).

Previas Enfermedades sistémicas: La mayoría de enfermedades autoinmunes sistémicas afecta preferentemente a mujeres y, por lo general, en el período de edades que abarca la etapa fértil de la vida. Por ello, no es infrecuente la coexistencia de embarazo y enfermedad autoinmune sistémica, con todas las implicaciones (diagnósticas, terapéuticas y pronósticas) que ello conlleva, tanto para la gestación como para la enfermedad de base. (34).

Aborto: es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes de que el niño alcance 500 gramos de peso; puede ser espontáneo o inducido. (35).

Control prenatal: Se denomina consulta prenatal al procedimiento médico que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbimortalidad materno fetal a su mínima expresión. Para lograr este objetivo se deben seguir normas y procedimientos que permitan un adecuado control de la evolución del embarazo tanto para la madre como para el producto de la gestación. (36).

Anemia: La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos. La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%. Se clasifica en: (a) anemia leve (Hb de 10 a 10,9 g/dl); (b) anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl) y (c) anemia grave (Hb menos de 7 g/dl). (37).

Infección de tracto urinario: Es considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. El origen bacteriano de la ITU es el más frecuente (80%-90%); en este caso, la definición exacta exige no solo la presencia de gérmenes en las vías urinarias, sino también su cuantificación en al menos 10^5 unidades formadoras de colonias (UFC)/ mL de orina. (38).

Preeclampsia leve: Se presenta en pacientes con embarazo de 20 semanas o más, con cifras de tensión arterial entre 140/90 mmHg y 159/109 mmHg, edema grado I, que es el localizado en los pies o el área pretibial, o grado II que es marcado en miembros inferiores. Además, hay proteinuria en orina de 24 horas mayor de 300 mg pero menor de 500 mg o de hasta 2 cruces, en una muestra de orina tomada al azar. (39).

Preeclampsia severa: En estos casos, la cifra de tensión arterial es igual o mayor de 160/110 mmHg, obtenida en dos tomas con intervalo de 6 horas, el edema es grado III, que es el localizado en abdomen, región sacra, manos o cara o grado IV, que es la anasarca. Además, proteinuria de 500 mg o más en orina de 24 horas o de 3 a 4 cruces en una muestra tomada al azar. Este es un signo clave, porque muchas veces sirve para diferenciar la HIE de la HTA crónica. (39).

Eclampsia: Ocurre cuando la paciente presenta cualquiera de los signos y síntomas de preeclampsia acompañados de convulsiones y/o coma no atribuibles a otra causa. Generalmente presenta síntomas prodrómicos como cefalea persistente, fotofobia, visión borrosa, dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, hiperreflexia severa y clonus. (39).

Placenta previa: Se define como aquella placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix. Esta entidad se produce cuando el embrión se implanta en la parte más baja del útero. (40).

Desprendimiento de placenta previa: se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. (41).

Ruptura prematura de membrana: es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo. (42).

Embarazo múltiple: desarrollo simultáneo de más de un feto dentro del útero. Se considera un embarazo de alto riesgo debido al aumento de las complicaciones materno-fetales, en comparación con los embarazos simples. (43).

Adolescente: La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. (44).

Gestante adolescente: embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. (28)

1.8. BASES TEÓRICAS

1.8.1. PARTO PREMATURO

El parto prematuro representa uno de los grandes problemas de salud perinatal. Algunas publicaciones describen que contribuye hasta en 75% en la morbimortalidad perinatal. Es conocido que los neonatos prematuros tienen un mayor riesgo de daño neurológico, infecciones, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales y desórdenes

metabólicos. Su atención es compleja y su costo muy alto. A pesar de ello, no siempre se obtiene resultados satisfactorios, muchos no sobreviven; aquellos que lo consiguen, desarrollan un alto porcentaje de secuelas, con diferentes grados de discapacidad, por lo cual se convierten en una gran carga social y familiar. (16).

1.8.1.1. Concepto

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días. Las 22 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 g de peso. (17).

Las tasas de prematuridad en el mundo oscilan entre 2% y 15%, en Latinoamérica y en la mayoría de estudios nacionales van de 4,7 % a 9 %.

Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales. (16).

1.8.1.2. Clasificación

- a. Prematuros extremos (<28 semanas)
- b. Muy prematuros (28 a <32 semanas)
- c. Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas) (18).

1.8.1.3. Factores de riesgo

Aquellos que pueden explicarnos la aparición del parto pretérmino, y si bien no siempre se observan durante el embarazo.

La identificación de los factores que predisponen al parto pretérmino (factores de riesgo) ayudará a disminuirlo, porque permitirá establecer estrategias dirigidas y adecuadas de prevención. Además, evitará el mal uso de los recursos, reduciendo los gastos, hecho muy importante en sociedades pobres como la nuestra. Si bien existen estudios que describen los factores de riesgo asociados al parto prematuro, se sabe que estos factores no son los mismos en los diferentes países o regiones. Además, se modifican con el tiempo. Por otro lado, la mayoría de los estudios nacionales es retrospectiva y no utiliza los modernos

métodos estadísticos que permiten tomar en cuenta aquellas variables que dan confusión y pueden sesgar los resultados. Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino que son aceptados por la literatura se clasifican en: factores demográficos (edad, instrucción, estado civil), hábitos (alcohol, cigarrillo), antecedentes obstétricos (partos, abortos, prematuridad, cesárea previa), control prenatal, patología materna (anemia, miomatosis, incompetencia cervical, diabetes, cardiópata, infección urinaria, rotura prematura de membrana, enfermedad hipertensiva asociada al embarazo. infecciones, hemorragias, entre otras) y la patología fetal (embarazo múltiple, oligohidramnios, polihidramnios, isoimmunización RH). (16,19).

1.8.1.3.1. Aspectos epidemiológicos

1.8.1.3.1.1. Nivel socioeconómico

Numerosos estudios han relacionado el nivel socioeconómico con el PP. Las mujeres de estrato social bajo tienen una tasa de TPP 50% mayor que las de alto nivel socioeconómico (Faneite y col, 1995). (20).

El estrato social guarda una relación directa con el estado nutritivo antes y durante el embarazo. Se ha señalado que la tasa de PP es tres veces mayor en mujeres que pesan menos de 50 kg antes del embarazo, en relación con las que pesan 57 o más kg y que un inadecuado aumento de peso durante el embarazo, produce un incremento del riesgo de PP de 50% a 60% (Hediger et al, 1989). (20).

1.8.1.3.1.2. Historia médica

Uno de los factores epidemiológicos de mayor importancia es la historia reproductiva anterior. El antecedente de un PP está asociado con una posibilidad de recurrencia que varía entre 17% y 37%, aumentando en la medida que aumenta el número de PP anteriores y disminuyendo con el número de partos que llegan al término. No se ha encontrado un aumento de la incidencia de PP en mujeres con historia de uno o más abortos espontáneos, independientemente del trimestre en que ocurra. Sin embargo, existe controversia en cuanto al aumento en la frecuencia de PP en mujeres que se han provocado múltiples abortos (Roberts et al, 1990). (20).

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. Las mujeres mayores de 35 años son las que tienen mayor posibilidad de PP (Hofman and Bakketeig, 1984). (20).

1.8.1.3.1.3. Hábitos durante el embarazo

El hábito de fumar y el uso de cocaína se han asociado, no sólo con una mayor incidencia de PP sino también con mayor frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, patología placentaria, etc. El incremento del riesgo de las madres fumadoras está en relación directa con el número de cigarrillos fumados por día (Cnattingius et al, 1993). (20).

En general, las mujeres que trabajan fuera de su casa no tienen mayor riesgo de PP que las mujeres que no lo hacen; sin embargo, estudios epidemiológicos han demostrado una mayor probabilidad de PP en mujeres que trabajan durante largos períodos con gran fatiga ocupacional, especialmente, si presentan otros factores de riesgo asociados (Gabbe and Turner, 1997). (20).

En algunos estudios, el coito y el orgasmo se han asociado con PP; sin embargo, otros no han podido corroborar esta asociación. Hasta el momento, no existen estudios prospectivos que señalen que la abstinencia sexual prevenga el TPP (ACOG, 1995). (20).

1.8.1.3.1.4. Complicaciones obstétricas

Cuando se practica una intervención quirúrgica abdominal durante los dos últimos trimestres del embarazo, ocurre un aumento en la irritabilidad uterina que puede desencadenar un TPP, por lo que se debe evitar la manipulación innecesaria de útero durante la intervención y, en algunos casos, usar agentes tocolíticos profilácticos. (20).

Los embarazos producto de técnicas de reproducción asistida, se han asociado con una incidencia de PP del 27% (AIHW, 1990). Esto, en parte, es debido a que la incidencia de embarazo múltiple en estas pacientes es superior al 20% y entre un tercio y la mitad de los embarazos múltiples termina espontáneamente antes de la semana 37. Este aumento en la frecuencia de PP en los embarazos múltiples se explica por la sobredistensión uterina

porque en otras patologías que cursan con polihidramnios, como la anencefalia o la agenesia renal, se presenta el TPP en el 30% al 40% de los casos (Neilson et al, 1988). Cualquier infección ginecológica o sistémica puede ser causa de TPP, como se discutirá más adelante. (20).

1.8.1.3.2. Aspectos etiológicos

La etiología del TPP, es el resultado final de un proceso que combina una serie de factores obstétricos, sociodemográficos y médicos que interactúan para iniciar las contracciones uterinas persistentes. En algunas pacientes, la presencia de un solo factor es suficiente para iniciar el TPP; sin embargo, en otras la combinación de varios factores es la causante del mismo. Debido a que muchos de estos factores ya han sido explicados en los párrafos anteriores, a continuación se analizan sólo dos de los considerados más importantes. (20).

1.8.1.3.2.1. Infecciones

Entre el 15% y el 25% de los casos de TPP con membranas intactas, son debidos a una infección subclínica, intrauterina o sistémica; sin embargo, todavía no se conoce bien la etiopatología o los gérmenes causales. La colonización del tracto genital femenino inferior con gérmenes como *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Estreptococo del grupo B*, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomona vaginalis* y algunos anaerobios, ha sido implicada en algunos estudios como causante del TPP, pero ni el cultivo, ni el tratamiento específico de estos gérmenes, ha resultado beneficioso en la prevención del mismo (Gibbs et al, 1992). La vaginosis bacteriana también ha sido relacionada con el trabajo de parto pretérmino y otras complicaciones como la ruptura prematura de membranas (Chaimetal, 1997). (20).

De las infecciones sistémicas, las que más se asocian con PP son las infecciones del tracto urinario, cuando son confirmadas por urocultivo. La presencia de bacteriuria asintomática no muestra esta asociación en todos los estudios, por lo que su presencia no implica factor de riesgo único para TPP (Romero et al, 1989). (20).

1.8.1.3.2.2. Anomalías uterinas

Malformaciones congénitas del útero se presentan entre el 1% y el 3% de todos los casos de TPP. Los más importantes son el útero bicorne y el tabicado donde la incidencia aproximada de aborto es del 27% y, en caso de continuar el embarazo hasta después de la semana 20, la frecuencia de PP es del 16% al 20%. Esta incidencia es mayor si la anomalía uterina se asocia con anomalías del tracto genito-urinario. (20).

La incompetencia cervical debida a un defecto congénito en muy pocos casos produce TPP; sin embargo, aproximadamente un tercio de las pacientes a las que se le practica cerclaje, presentan TPP. Esto se debe, más que todo, al aumento de la posibilidad de infección (Heinonen et al, 1982). (20).

1.8.1.3.3. Clasificación de los factores de riesgo a parto pretérmino (21).

1.8.1.3.3.1. Maternos

1. Bajo nivel socioeconómico
2. Edad menor de 15 o mayor de 40 años
3. Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
4. Peso pregravídico menor de 40 Kg
5. Menor de 4 controles prenatales
6. Baja ganancia de peso durante el embarazo
7. Analfabetismo
8. Narcoadicción
9. Infección:
 - a. Cervicovaginal (vaginosis bacteriana)
 - b. Intraamniótica (con membranas ovulares íntegras)
 - c. Urinaria (pielonefritis)
 - d. ETS
 - e. TORCH
 - f. Hepatitis
10. Anomalías uterocervicales:
 - a. Incompetencia cervical

- b. Malformaciones uterinas
- c. Miomatosis uterina

11. Patologías que producen hipoxia:

- a. Cardiopatías
- b. Asma
- c. Alteraciones hematológicas
- d. Diabetes Mellitas
- e. Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo
- f. Anemia

12. Antecedente de aborto o de partos prematuros

13. Cirugía abdominal previa durante el embarazo.

14. Colonización

15. RPM y Corioamnionitis

16. Traumatismos

17. El esfuerzo físico y el estrés psíquico

18. Prematurez iatrogénica por inducción o cesárea anticipada

1.8.1.3.3.2. Fetales

- a. Embarazo múltiple
- b. Malformaciones congénitas
- c. RCIU
- d. Óbito fetal

1.8.1.3.3.3. Líquido amniótico

- a. Polihidramnios
- b. Oligohidramnios
- c. Infecciones intercurrentes

1.8.1.3.3.4. Placentarios

- a. Placenta previa
- b. Desprendimiento prematuro
- c. Placenta circunvalada

d. Inserción marginal del cordón umbilical (21).

1.8.1.4. Fisiopatología

1.8.1.4.1. La vía común del parto.

1.8.1.4.1.1. Definición y componentes

La vía común del parto en el ser humano es definida como los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, endocrinológicos, inmunológicos y clínicos que ocurren en la madre y/o feto, tanto en el parto a término como pretérmino. Esta vía incluye: (22)

1. Incremento en la contractilidad miometrial.
2. Cambios cervicales.
3. Activación de la decidua y membranas corioamnióticas.

Los ejemplos de componentes no uterinos de la vía común incluyen los cambios de las concentraciones de hormonas factor liberador de corticotropina (CRF) y cortisol, así como cambios en el gasto metabólico. La taxonomía corriente de la enfermedad en obstetricia está basada en la presentación clínica en la madre y no en el mecanismo de enfermedad responsable de las manifestaciones clínicas. El término ‘trabajo de parto pretérmino’ no indica si la condición es causada por una infección, una injuria vascular, sobredistensión uterina, un reconocimiento alogeneico anormal, estrés u otro proceso patológico aún no descrito. La carencia del reconocimiento de que estas condiciones simplemente representan una colección de signos y síntomas, con poca referencia a los mecanismos subyacentes de la enfermedad, puede ser responsable del limitado avance en la prevención y tratamiento del parto pretérmino. (22).

1.8.1.4.1.2. Infección como una causa de trabajo de parto pretérmino.

La infección intrauterina ha surgido como un mecanismo frecuente e importante del parto pretérmino. Es el único proceso patológico para el cual se ha establecido una relación causal firme con el parto pretérmino, con fisiopatología definida. Las pruebas en apoyo de una relación causal entre infección/inflamación y trabajo de parto pretérmino espontáneo incluyen: (22).

1. La infección intrauterina o la administración sistémica de productos microbianos a animales embarazados pueden causar el trabajo de parto pretérmino.

2. Las infecciones maternas, como malaria, pielonefritis, neumonía y enfermedad periodontal, están asociadas a parto pretérmino.
3. Las infecciones intrauterinas subclínicas son factores de riesgo de parto pretérmino.
4. Las pacientes embarazadas con infección intraamniótica o inflamación intrauterina (definida como una concentración elevada de citoquinas proinflamatorias o enzimas que degradan componentes del colágeno en el líquido amniótico) en el segundo trimestre son un factor de riesgo para parto pretérmino.
5. El tratamiento con antibióticos de las infecciones intrauterinas puede prevenir el nacimiento pretérmino en modelos experimentales de corioamnionitis.
6. El tratamiento de la bacteriuria asintomática previene el parto pretérmino. (22).

1.8.1.4.1.3. Isquemia uteroplacentaria

Las pacientes en trabajo de parto pretérmino espontáneo pueden ser clasificadas en dos grupos: aquellas con lesiones inflamatorias de la placenta y membranas corioamnióticas y aquellas sin pruebas de inflamación. Los rasgos patológicos más comunes en la placenta de pacientes que pertenecen al grupo no inflamatorio son lesiones vasculares de los tejidos maternos y fetales. Las lesiones observadas en la placenta de pacientes con trabajo de parto espontáneo incluyen falla de la transformación fisiológica del segmento miometrial de las arterias espirales, aterosclerosis, trombosis de las arterias espirales o una combinación de estas lesiones. Las lesiones fetales pueden incluir una disminución en el número de arteriolas en las vellosidades coriales o trombosis arterial fetal. Los mecanismos precisos responsables del inicio del parto pretérmino en pacientes con isquemia uteroplacentaria no han sido determinados. Sin embargo, se ha postulado un papel para el sistema renina-angiotensina, debido a que las membranas fetales están dotadas de un sistema renina-angiotensina funcional y debido a que la isquemia uterina aumenta la producción de renina. La angiotensina II puede inducir la contractilidad miometrial directamente o por la liberación de prostaglandinas. Cuando la isquemia uteroplacentaria es bastante severa para conducir a la necrosis decidual y hemorragia, la trombina generada puede activar la vía común del parto. Las observaciones que apoyan esta propuesta incluyen las siguientes: (22).

1. La decidua es una fuente rica del factor tisular, un factor primario en el inicio de la coagulación.
 2. La administración intrauterina de sangre a ratas embarazadas estimula la contractilidad miometrial, mientras la sangre heparinizada no tiene este efecto (la heparina bloquea la generación de trombina).
 3. La sangre fresca estimula la contractilidad miometrial in vitro y este efecto es parcialmente anulado por la incubación con hirudina, un inhibidor de la trombina.
 4. La trombina estimula la contractilidad miometrial en una manera dosis-dependiente.
 5. La trombina estimula la producción de MMP-1, una enzima implicada en la rotura prematura de membranas.
 6. Los complejos de trombina/ antitrombina (TAT), marcadores de generación in vivo de trombina, están aumentados en el plasma y LA de pacientes con parto prematuro y RPM.
 7. La elevación de complejos de TAT en el segundo trimestre está asociada con RPM.
 8. La presencia del hematoma retroplacentario en el primer trimestre está asociada con resultados adversos, incluyendo parto pretérmino y restricción del crecimiento fetal.
- (22)

1.8.1.4.1.4. Sobredistensión Uterina

Las pacientes con anomalías de los ductos müllerianos, polihidramnios y embarazo múltiple tienen riesgo aumentado para trabajo de parto pretérmino. La presión intraamniótica permanece relativamente constante durante la gestación, a pesar del crecimiento del feto y la placenta. Esto ha sido atribuido a la relajación miometrial progresiva, debido a los efectos de progesterona y de otros relajantes miometriales, como óxido nítrico. Sin embargo, la distensión miometrial puede aumentar la contractilidad miometrial, liberación de prostaglandina y expresión de conexina-43, proteína de unión de brechas (gap junction protein), así como aumentar la expresión del receptor de oxitocina en el miometrio. (22).

1.8.1.4.1.5. Reacción Alográfica Anormal

La unidad feto placentaria ha sido considerada 'el injerto' más adecuado de la naturaleza. Los inmunólogos han sugerido que las anormalidades en el reconocimiento y adaptación a antígenos fetales puedan ser un mecanismo responsable de las pérdidas del embarazo recurrente, restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia. La villitis crónica de etiología desconocida ha sido propuesta como una lesión histológica sugerente de 'rechazo placentario'. La presencia de estas lesiones en un subconjunto de pacientes que paren después del trabajo de parto pretérmino constituye una evidencia indirecta del concepto de que las anormalidades inmunes pueden ser responsables del trabajo de parto pretérmino. Algunas pacientes en trabajo de parto pretérmino, en ausencia de infección demostrable, tienen concentraciones elevadas del receptor soluble IL-2. Las concentraciones plasmáticas elevadas del receptor de IL-2 son consideradas un signo temprano de rechazo, en pacientes con trasplantes renales. Se requiere que estudios adicionales definan la frecuencia y el significado clínico de este proceso patológico en el trabajo de parto pretérmino. (22).

1.8.1.5. Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la presencia de uno o más de los parámetros: contracciones uterinas prematuras, y/o cambios cervicales (dilatación y/o borramiento), sangrado vaginal, consecuencia de la activación de la interfase decidua membranas corioamnióticas. En algunos casos el diagnóstico es seguro, en otros serán necesarias reevaluaciones clínicas y/o pruebas adicionales; hay sobrediagnósticos y subdiagnósticos, situación más riesgosa considerando que la respuesta terapéutica depende de la rapidez de su inicio. Pueden darse diferentes situaciones. (23).

1.8.1.5.1. Escenario 1

Gestante entre 22 y 37 semanas con dinámica uterina regular (2 a 3 contracciones cada 10 minutos, de buena intensidad) y dilatación de 2 cm a más; en estos casos, el diagnóstico de trabajo de parto prematuro es más seguro (sensibilidad 50 a 65%, especificidad 91 a 94%). (23).

1.8.1.5.2. Escenario 2

Dinámica uterina regular, pero el cérvix está cerrado o es permeable a menos de 2 cm; en estos casos, el diagnóstico no es definitivo y tendrá aplicación la cardiotocografía y la cervicometría por ecografía transvaginal, que es el parámetro más seguro de pronóstico, considerando que si la distancia del orificio interno al externo es menor de 20 mm, el riesgo del parto prematuro es alto (S: 75 a 100%, E: <50%), por lo que se puede afirmar que el ultrasonido tiene alto valor predictivo, pero no diagnóstico, y que el examen físico dará el diagnóstico definitivo de parto prematuro. La cardiotocografía, si bien agrega costos, es importante, considerando que las pacientes perciben menos de la mitad de las contracciones que realmente se producen. (23).

1.8.1.5.3. Escenario 3

Dinámica uterina irregular, con contracciones espaciadas y de intensidad baja, cérvix con dilatación menor de 2 cm. El diagnóstico definitivo se alcanzará con la conducta del escenario 2. El diagnóstico es con frecuencia retrospectivo. (23).

1.8.1.5.4. Escenario 4

Cambios cervicales como acortamiento, reblandecimiento, centralización, permeabilización, sin dinámica uterina demostrable clínica o tocográficamente; en estos casos, realizar la cervicometría vaginal buscando parámetros de riesgo, como longitud cervical menor de 20 mm, embudización de las membranas en el endocérvix, en cuyo caso, es más importante la longitud del segmento de cérvix residual que la profundidad del embudo, como predictor de parto pretérmino. (23)

El sangrado vaginal es 3 veces más frecuente en el parto pretérmino que en el de término, y puede ser considerado como predictor clínico en cualquiera de los escenarios. (23).

1.8.1.6. Manejo

Parte inicial del manejo del parto pretérmino es catalogar estrictamente el caso, estableciendo para ello la edad gestacional, determinada tanto por la clínica como por los estudios ecográficos realizados durante la gestación, si los hubiera. El examen clínico abarcará el estado general y clínico de la madre y el bienestar fetal, de manera de tomar

las medidas necesarias. En este lapso, y mientras se corrobora el diagnóstico y se dicta las primeras medidas terapéuticas, se debe infundir confianza a la madre, quien ya se encuentra afectada por el estrés de la situación, así como a la pareja y/o familiares. El examen genital incluirá la evaluación con espéculo, para visualizar el cuello uterino y observar la presencia o no de líquido amniótico. Se indicará reposo, en decúbito lateral, en ambiente aislado y tranquilo y se colocará solución salina endovenosa, a razón de 100 mL/hora, ya que la rápida expansión intravascular pudiera disminuir las contracciones de un útero irritable. Sin embargo, no existe evidencia de beneficio del reposo o del uso de la hidratación para ayudar a prevenir el trabajo de parto prematuro, aunque la hidratación puede ser útil para las mujeres que estén deshidratadas. (24).

1.8.1.6.1. Pasos en el manejo (24).

1. Hospitalizar a la madre en un centro especializado de tercer nivel de atención que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales y cirugía neonatal.
2. Reposo en cama
3. Establecer con certeza la edad gestacional
4. Evaluar el estado clínico de la madre
5. Evaluar el crecimiento, el desarrollo y el estado fetal
6. Tranquilizar y dar confianza a la madre y familiares
7. Obtener consentimiento firmado por la paciente y familiares para las intervenciones médicas
8. Hidratación
9. Agentes tocolíticos con el objeto de retener al concepto por lo menos 48 horas:
 - ✓ Sulfato de magnesio
 - ✓ Nifedipino
10. Corticosteroides en gestaciones menores de 34 semanas
11. En caso de sospecha de infección intrauterina, realizar amniocentesis e iniciar terapia antibiótica. (24).

1.8.1.7. Prevención

Hecho el tamizaje de mujeres con riesgo alto de parto pretérmino, por los factores de riesgo descritos, a través de la prueba de fibronectina y/o la medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal, se debe realizar la intervención terapéutica específica. (25)

Cabe mencionar que el examen de fibronectina no lo tenemos disponible aún en la Institución. El tratamiento se dirige al logro de dos objetivos básicos:

- a. Inhibir o reducir la fuerza de las contracciones uterinas, a fin de evitar o postergar el parto pretérmino.
- b. Mejorar las condiciones fetales antes del parto pretérmino. (25).

El primer objetivo se logra con el reposo (hospitalización), hidratación y el uso de los agentes ‘tocolíticos’, los cuales deben administrarse, conjuntamente con otras medidas complementarias, en un ambiente adecuado, con personal entrenado para tal fin; es así como se implementó la Unidad de Tocólisis en el INMP, cuyo diseño y organización tuvo el honor de realizar. La evidencia clínica demuestra que la hidratación solo es efectiva si la paciente se encuentra deshidratada. (25)

Los fármacos clásicamente utilizados para la tocólisis son los β - agonistas, entre los cuales la ritodrina es el único autorizado por la FDA para este uso. Atosibán es efectivo, con menos efectos adversos, pero no lo tenemos disponible. Se ha normado el uso de ritodrina e isoxuprina en la Institución (antes de las 34 semanas) y se las administra por vía intravenosa durante las primeras 24 horas, a fin de dar tiempo a los corticoides en la maduración pulmonar y la prevención de complicaciones neonatales. Los esquemas a largo plazo por vía oral no han demostrado utilidad. (25)

Debido a sus efectos secundarios severos en la mayoría de pacientes, lo estamos reemplazando por inhibidores de los canales de calcio, como nifedipino, el cual es tan efectivo como la ritodrina, con menos efectos colaterales. (25)

El uso profiláctico del caproato de hidroxiprogesterona para inhibir contracciones prematuras reveló una significativa reducción de partos pretérmino; sin embargo, no pudo

lograr la detención del trabajo de parto activo. Actualmente, se ha optado por utilizar la progesterona natural micronizada por vía endovaginal. (25).

1.8.2. ADOLESCENCIA

1.8.2.1. Concepto

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, recorre los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica, fija sus límites entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud, que va entre los 15 y 24 años. Es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, dividiéndose en tres etapas. (1)

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (26).

1.8.2.2. Clasificación

1.8.2.2.1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. (26,28)

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (26,28).

1.8.2.2.2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (26,28).

1.8.2.2.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (26,28).

1.8.2.3. Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (26).

1.8.2.3.1. Contexto mundial

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. (26)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. (26)

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. (26)

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. (26)

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996. (26)

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto. (26).

Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8%

de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo. (26)

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento. (26)

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. (26)

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad. (26).

1.8.2.3.2. Situación en el Perú

Prácticamente estable en las últimas décadas entre el 12 y 13%, el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado, que como veremos son la mayoría. Al compararlas con los hombres, menos de 1% de ellos son padres a la misma edad. En los estratos de mayor riqueza el embarazo en adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto). (27).

Según muestran las proyecciones de población derivadas del censo del 2007, el país es cada vez más urbano, y la población rural se reduce en términos absolutos, pasando de 8,3 a 7,2 millones. Esto, mientras a nivel nacional ha venido creciendo el número total de las gestantes adolescentes, pues, en tanto las prevalencias se mantenían relativamente estables, venía aumentando la población de este grupo de edad, que alcanzó su pico histórico en el año 2011. Según estas tendencias el área urbana, sobre todo la de menores ingresos, seguirá concentrando el mayor número de gestaciones en este grupo de edad, en

un contexto en el que desde hace más de veinte años disminuye anualmente la cantidad total de nacimientos, también por primera vez en la historia del Perú. (27).

1.8.2.3.3. Factores Predisponentes

- a. Aparición temprana de la menarca (primera menstruación).
- b. Desintegración familiar.
- c. Relaciones sexuales precoces.
- d. Libertad sexual.
- e. Búsqueda de una relación.
- f. Circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes con problemas mentales. (28).

1.8.2.3.4. Factores de Riesgo

- a. El Estilo de vida: Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química.
- b. Enfermedades de Transmisión sexual: La promiscuidad y la falta de educación en estas áreas, agravan los riesgos de la adolescente embarazada. (28).

1.8.2.3.5. Complicaciones para la madre adolescente

El Control Prenatal tardío: Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. (28).

1.8.2.3.6. Prevención del embarazo adolescente.

- a) Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.
- b) Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria.
- c) Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el marco curricular nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI.
- d) Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres.
- e) Disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual. (27).

CAPÍTULO

II

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes, mediante la recolección de datos de historias clínicas en el Hospital II-2 – TARAPOTO, agosto 2016 - julio 2017.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la incidencia de los principales factores de riesgo maternos (edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, hábitos nocivos, previa enfermedad sistémica) asociados a prematuridad en gestantes adolescentes.
2. Identificar la incidencia de los principales factores de riesgo obstétricos (gestaciones previas, partos previos, antecedente de parto pretérmino, antecedente de aborto, control prenatal, anemia, infección del tracto urinario, preeclampsia y eclampsia) asociados a prematuridad en gestantes adolescentes.
3. Identificar la incidencia de los principales factores de riesgo placentarios y uterinos (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membrana) asociados a prematuridad en gestantes adolescentes.
4. Identificar la incidencia del principal factor de riesgo fetal (embarazo múltiple) asociado a prematuridad en gestantes adolescentes.
5. Identificar la incidencia de partos pretérminos en gestantes adolescente.
6. Determinar la incidencia de la edad gestacional del parto pretérmino en gestante adolescente.
7. Determinar la incidencia de la vía de culminación del parto pretérmino en gestantes adolescente.

CAPÍTULO

III

III. MATERIALES Y METODOS

3.1. Tipo de investigación

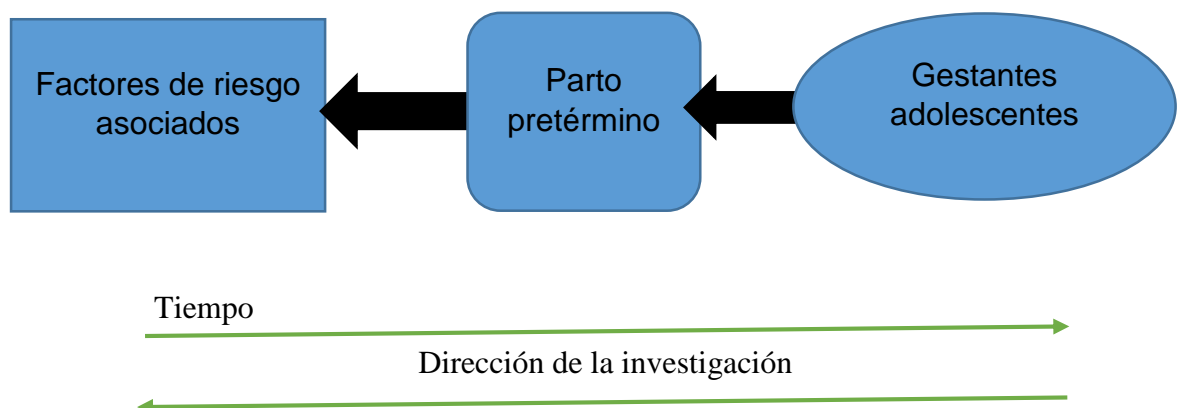
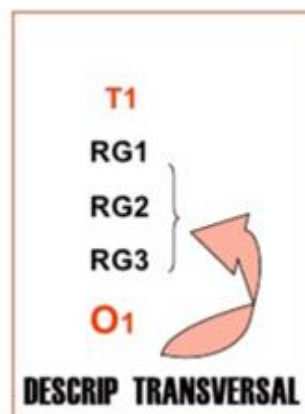
Se realizó un estudio tipo aplicativo ya que los conocimientos de los factores de riesgo se pondrán en práctica en dicho estudio.

3.2. Nivel de investigación

Se desarrolló de manera descriptiva. Retrospectivo, porque se analizará en el presente, pero con datos del pasado recopiladas de las historias clínicas.

3.3. Diseño de investigación

Este presente estudio presenta un diseño no experimental, transversal, cuantitativo.



3.4. Cobertura de investigación.

3.4.1. Universo

Todas las pacientes gestantes adolescentes con historia de atención de parto en el hospital II-2 Tarapoto, agosto 2016- julio 2017. Durante el tiempo de estudio fueron un total de 780 pacientes.

3.4.2. Población

Todas las pacientes gestantes adolescentes con historia clínica de atención de parto pretérmino en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto 2016 - julio 2017.

3.4.3. Muestra.

La muestra estudiada correspondió a todas las pacientes gestantes adolescentes con historia clínica que fueron atendidas por parto pretérmino en el Hospital II-2 Tarapoto, conformada por 112 pacientes comprendidos entre 10 y 19 años de edad en el periodo de tiempo que abarcó esta investigación.

Se seleccionó el 100% de la población al considerado un número manejable de sujetos.

Criterios de Inclusión

- a. Gestantes adolescentes comprendidas entre los 10 y 19 años, cuyo parto eutócico o distócico haya comprendido entre las 20 y antes de las 37 semanas, diagnosticadas por FUR y/o con ecografía del primer trimestre.
- b. Gestantes adolescentes con historias clínicas legibles, completas.

Criterios de Exclusión

- a. Gestantes adolescentes comprendidas entre los 10 y 19 años, cuyo parto eutócico o distócico haya comprendido mayor 37 semanas, diagnosticadas por FUR y/o con ecografía del primer trimestre.
- b. Gestantes adolescentes con historias clínicas y carnet de control prenatal ilegibles e incompletas, que no precise FUR o ecografía del primer trimestre; donde cuya edad gestacional fue calculada por ecografías de segundo y tercer trimestre o por altura uterina.

3.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

3.5.1. Fuente

La fuente que se utilizó fue secundaria porque los datos obtenidos fueron de las historias clínicas y de los carnets de controles prenatales que fueron plasmadas en nuestro instrumento de investigación de gestantes adolescentes que fueron atendidos por parto pretérmino en el hospital II-2 TARAPOTO. AGOSTO 2016 – JULIO 2017.

3.5.2. Técnica

Se utilizó la técnica del gabinete ya que permitió primero la elaboración del proyecto y la culminación de la investigación mediante el análisis de los resultados y la redacción del informe.

3.5.3. Instrumento.

- a) Historias clínicas
- b) Carnet de control prenatal de las pacientes
- c) Instrumento de recolección de datos: Dicho instrumento consta con información necesaria de la paciente de manera resumida, respetando nuestras variables a estudiar. (anexo 1).

3.6. Análisis e interpretación de datos

La información será recolectada de las historias clínicas mediante el instrumento de recolección de datos luego será registrada en una base de datos en el Software Microsoft Excel XP y serán ingresadas al paquete estadístico SPSS-23. Así mismo se utilizarán gráficos y diagrama de barras para el mejor entendimiento de los resultados, además se obtuvo: Estadística descriptiva para medidas de frecuencia o porcentajes, en tablas de doble entrada y gráficos; y también: Estadística analítica para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado en tablas de contingencia de 2 x 2. Dichos resultados se enviarán al Hospital II-2 Tarapoto para su conocimiento.

3.7. Aspectos éticos

Durante la investigación se tuvo en cuenta los principios éticos dirigidos al respeto de la persona humana, protegiéndolas contra un daño, o situaciones incómodas que pudieran surgir, se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de los datos. Además fue aprobado por el Comité de Técnico de Titulación de la UNSM-T y ejecutado con la autorización de la Dirección Médica del Hospital MINSA II-2 Tarapoto (ver anexo 2), además al finalizar la recolección de datos de Las Historias Clínicas se obtuvo constancia de Jefatura del Departamento de Archivo de Historias Clínicas del Hospital.

3.8. Limitaciones

- La presente investigación en el tiempo sólo alcanza un límite de 12 meses (365 días) comprendido de agosto 2016 – julio 2017.
- La investigación se limita a determinar los principales factores de riesgo (maternas, obstétricas, útero-placentarios y fetales) asociadas a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 TARAPOTO, agosto 2016 – julio 2017.
- La investigación analiza a todas las gestantes adolescentes culminaron su gestación con atención parto pretérmino.
- La investigación se desarrollara teniendo como presupuesto propio del investigador sin financiamiento de alguna otra parte.
- Los registros incompletos de los datos en las historias clínicas del hospital MINSA II-2 Tarapoto.
- Limitación a la accesibilidad a las historias clínicas.

CAPÍTULO

IV

IV. RESULTADOS

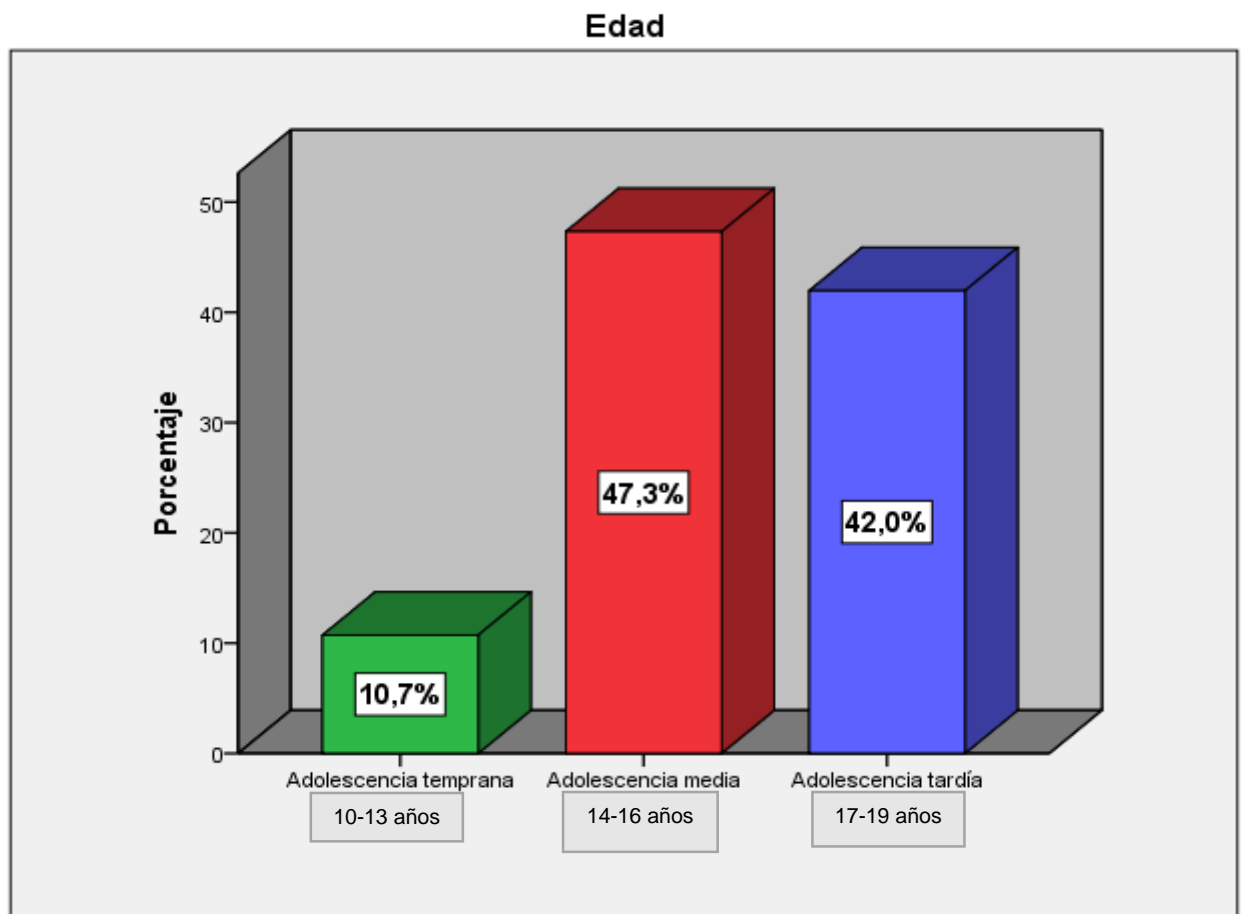
4.1. Análisis e interpretación de datos

Tabla 1: Edad de la adolescente con parto pretérmino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 10-13 años (A. temprana)	12	10.7	10.7	10.7
14-16 años (A. media)	53	47.3	47.3	58.0
17-19 años (A. tardía)	47	42.0	42.0	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 1: Edad de adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

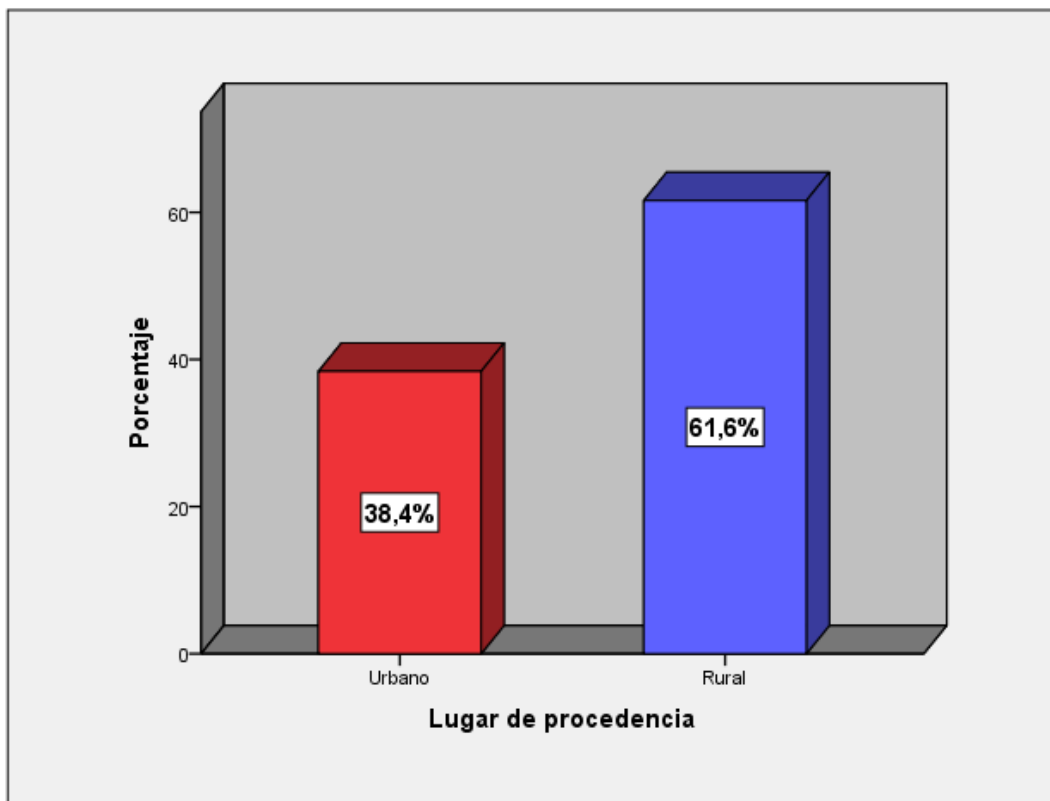
De acuerdo a los resultados obtenidos, vemos de acuerdo al gráfico 1 que la edad de las encuestadas se encuentran en un 47.3% entre 14 – 16 años (adolescencia media), mientras que en un 42% se encuentran entre las edad de 17 – 19 años (adolescencia tardía), y solo un 10.7% se encuentran entre las edades de 10 – 13 años (adolescencia temprana).

Tabla 2: lugar de procedencia de adolescentes con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbano	43	38.4	38.4	38.4
	Rural	69	61.6	61.6	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 2: lugar de procedencia de adolescentes con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

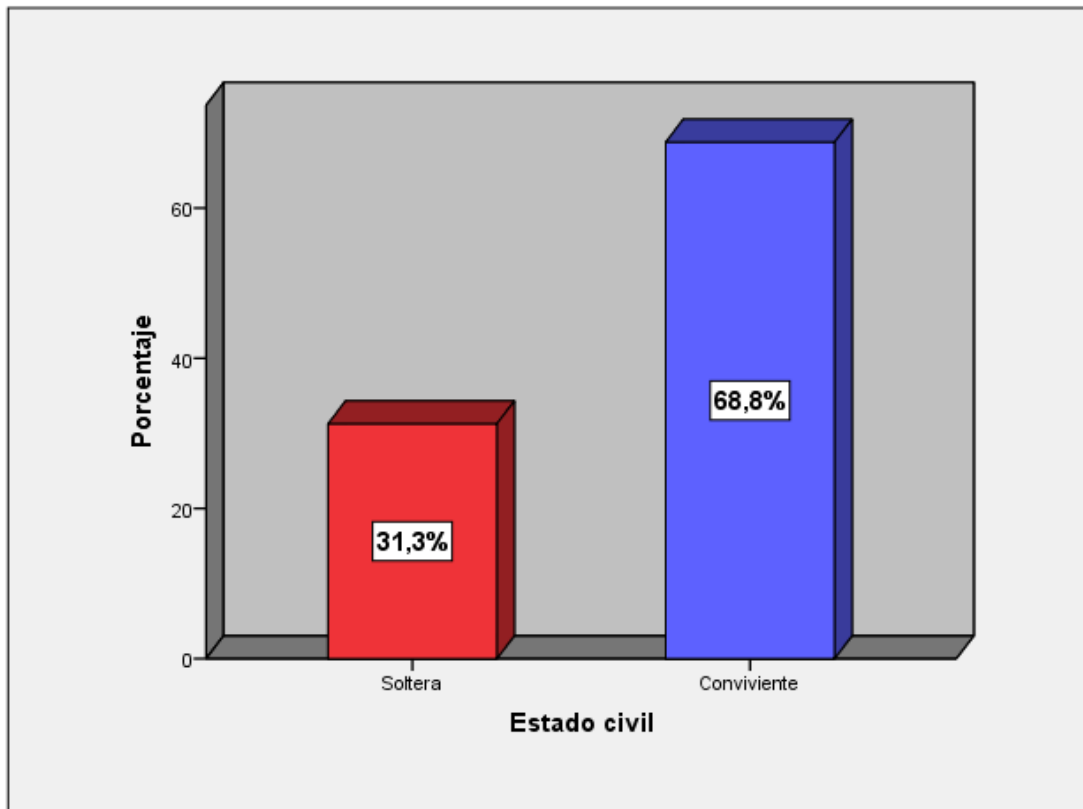
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 2, el lugar de procedencia un 61.6 % nos manifiesta que es de procedencia rural, mientras que el 38.4 % es de procedencia urbana.

Tabla 3: estado civil de adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	35	31.3	31.3	31.3
	Conviviente	77	68.8	68.8	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 3: estado civil de adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

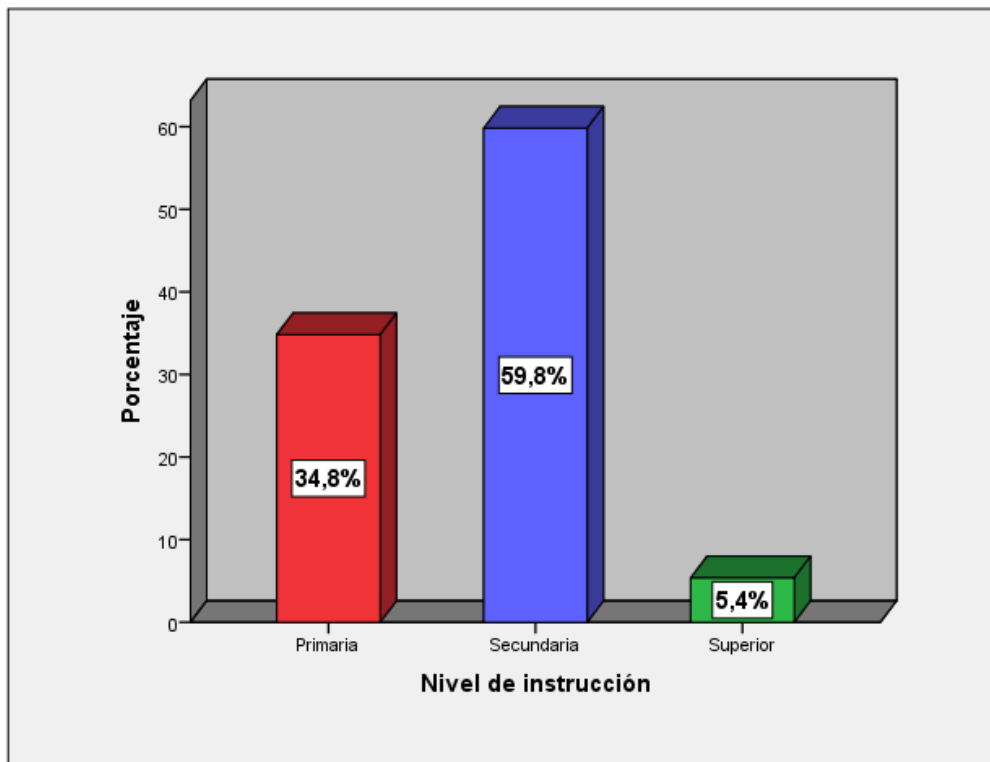
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 3, el estado civil de las encuestadas nos manifestó que el 68.8% son convivientes, mientras que el 31.3% son solteras.

Tabla 4: nivel de instrucción de adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	39	34.8	34.8	34.8
	Secundaria	67	59.8	59.8	94.6
	Superior	6	5.4	5.4	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 4: nivel de instrucción de adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

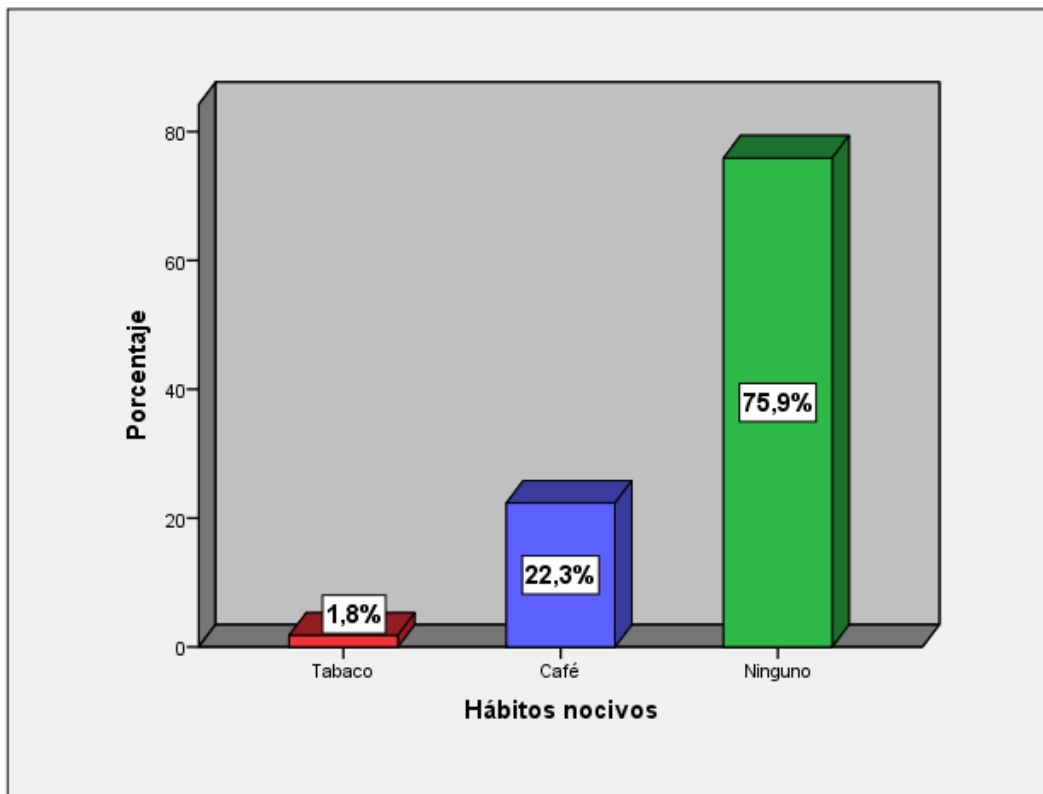
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 4, el nivel de instrucción de las encuestadas nos manifestaron que el 59.8% son de nivel de secundaria, el 34.8% es de nivel primaria, y solo el 5.4% presenta un nivel superior.

Tabla 5: Hábitos nocivos de la adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tabaco	2	1.8	1.8	1.8
	Café	25	22.3	22.3	24.1
	Ninguno	85	75.9	75.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 5: Hábitos nocivos de la adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

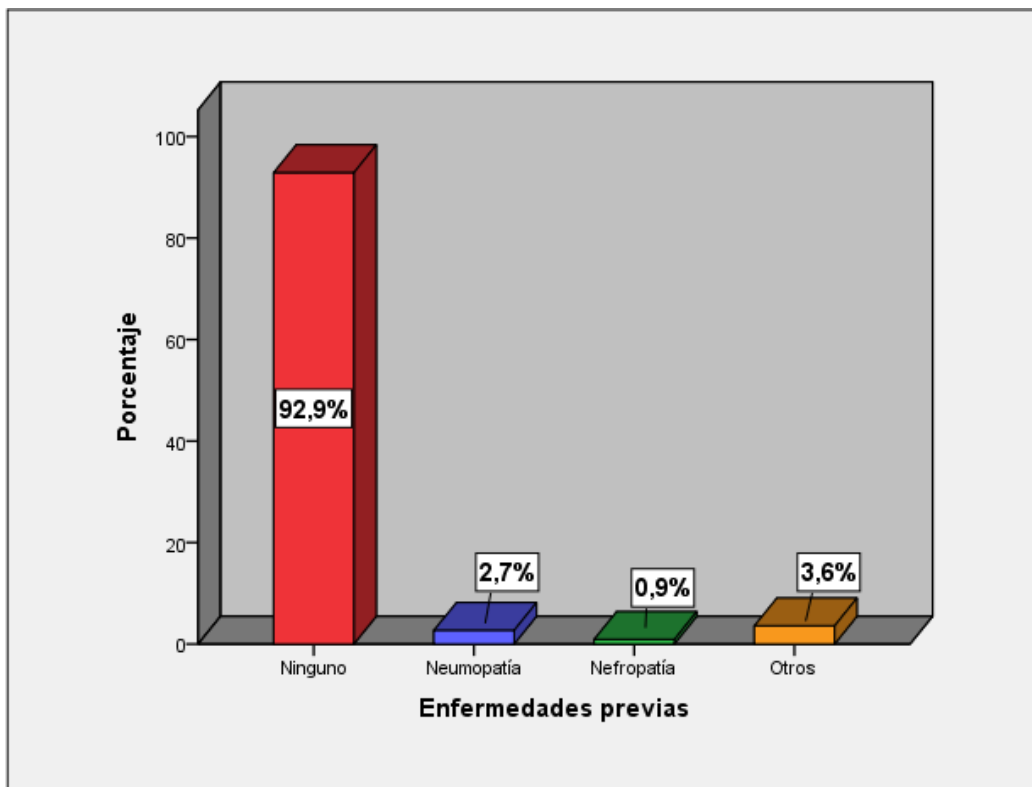
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 5, con respecto a los hábitos de consumo, las encuestadas nos manifestaron que el 75.9% no presenta ningún hábito nocivo, el 22.3% presenta el hábito del café, y solo el 1.8 % presenta el hábito de tabaco.

Tabla 6: Enfermedades previas de adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	104	92.9	92.9	92.9
	Neumopatía	3	2.7	2.7	95.5
	Nefropatía	1	0.9	0.9	96.4
	Otros	4	3.6	3.6	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 6: Enfermedades previas de adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

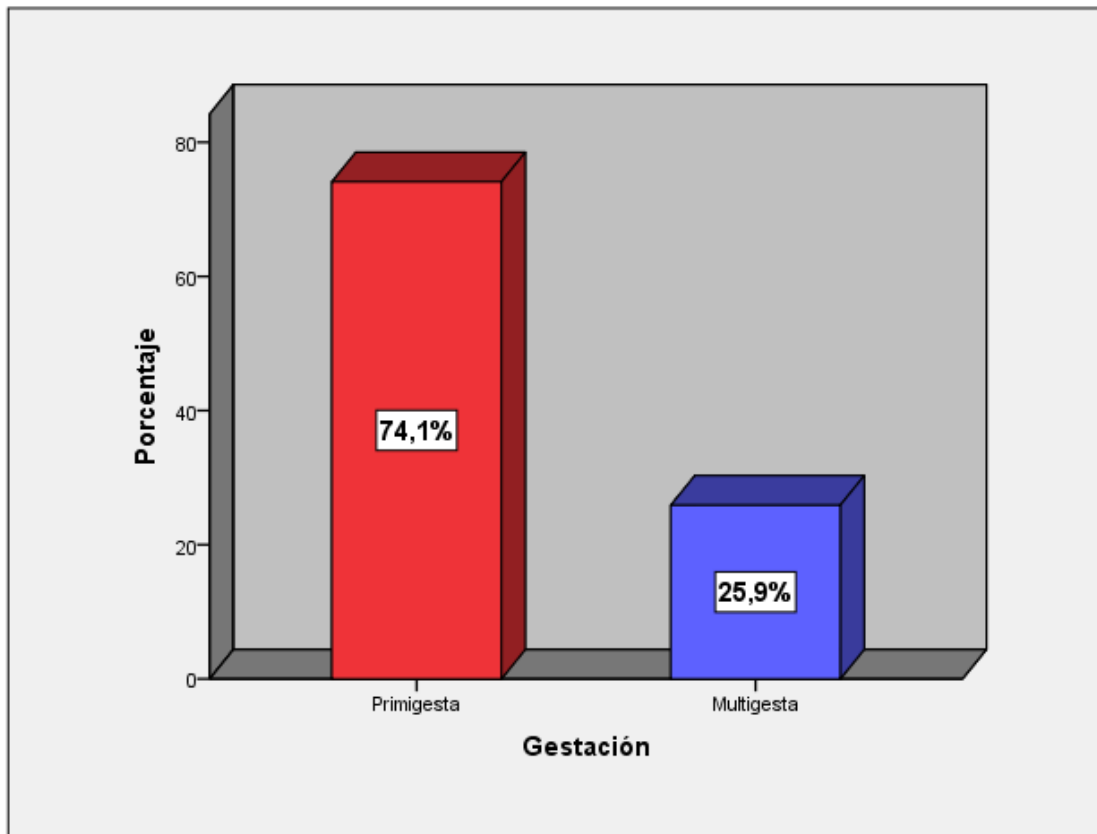
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 6, con respecto a las enfermedades previas, las encuestadas nos manifestaron que el 92.9% no presenta ninguna enfermedad previa, el 2.7% presenta neumopatía, el 0.9 % presenta nefropatía, y el 3.6% presento otras enfermedades previas.

Tabla 7: Gestaciones de la adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primigesta	83	74.1	74.1	74.1
	Multigesta	29	25.9	25.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7: Gestaciones de la adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

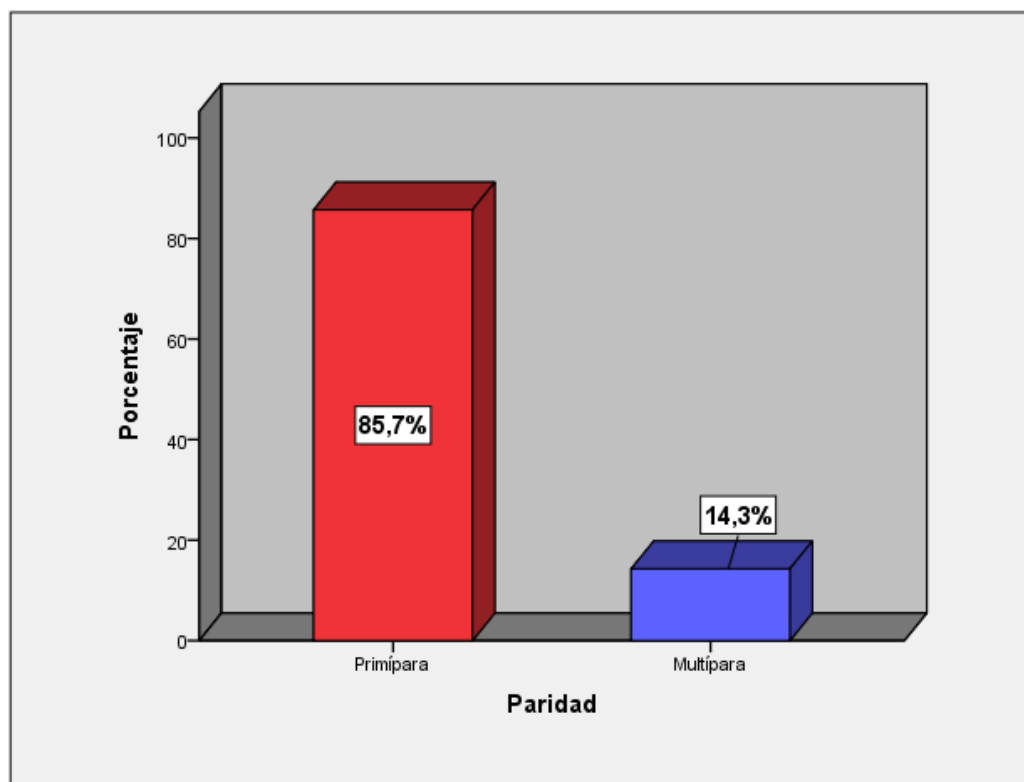
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 7, con respecto al número de gestación, el 74.1% fueron primigesta, y el 25.9% fueron multigesta.

Tabla 8: Número de partos de la adolescente con parto pretérmino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primípara	96	85.7	85.7	85.7
Múltipara	16	14.3	14.3	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 8: Número de partos de la adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

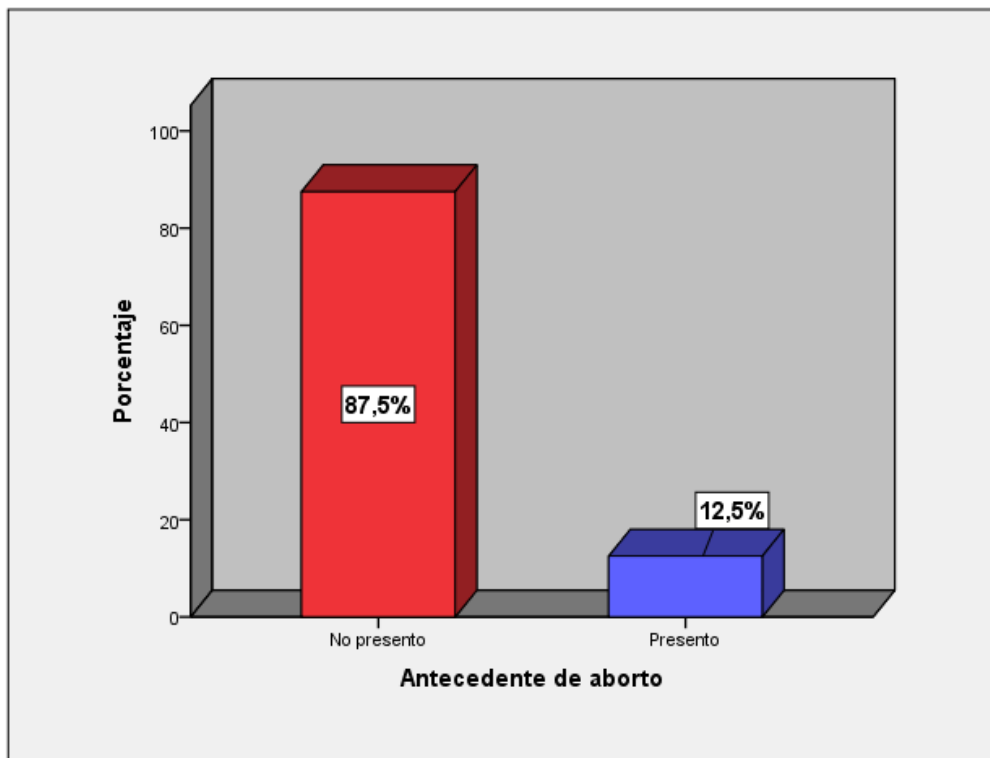
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 8, con respecto a la paridad, el 85.7% fueron primíparas, el 14.3% presenta una paridad múltipara.

Tabla 9: Antecedente de aborto de adolescente con parto pretérmino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presente	98	87.5	87.5	87.5
Presento	14	12.5	12.5	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 9: Antecedente de aborto de adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

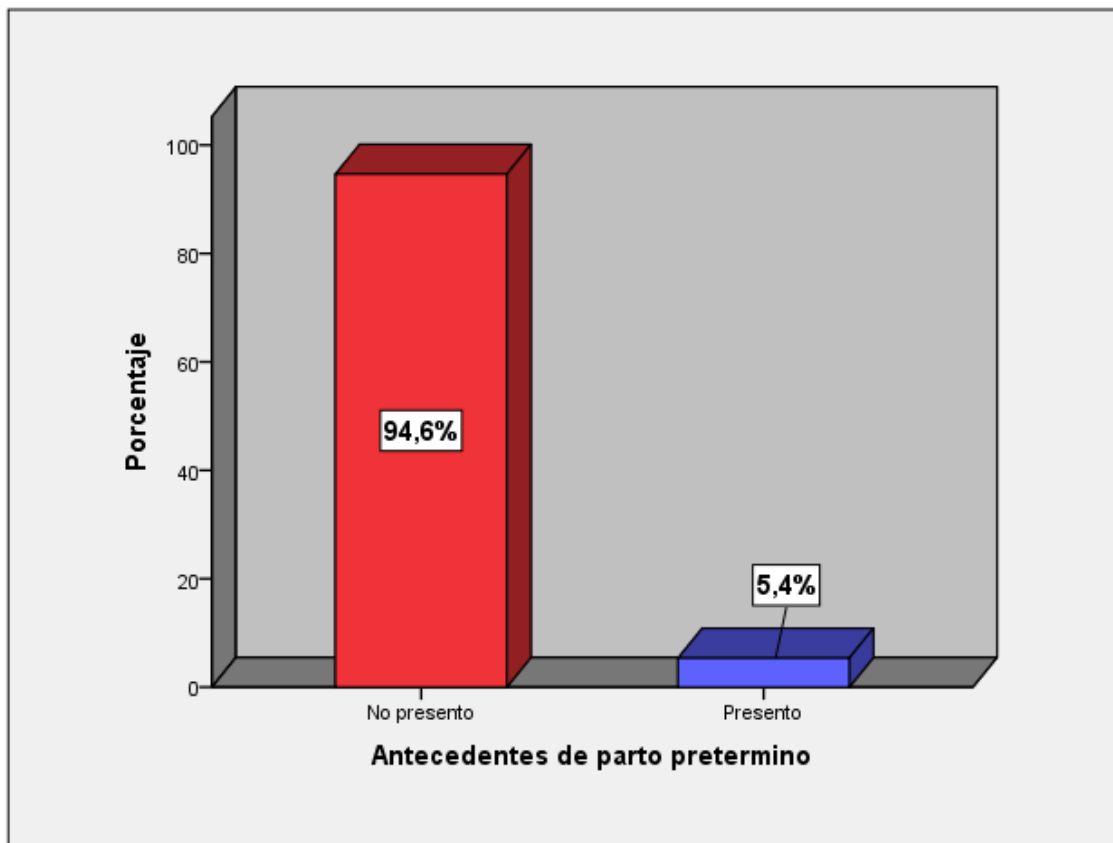
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 9, con respecto a los antecedentes de aborto, el 87.5% no presentó, mientras que el 12.5% si presentó antecedentes de aborto.

Tabla 10: Antecedentes de parto pretérmino de adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	106	94.6	94.6	94.6
	Presento	6	5.4	5.4	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 10: Antecedentes de parto pretérmino de adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

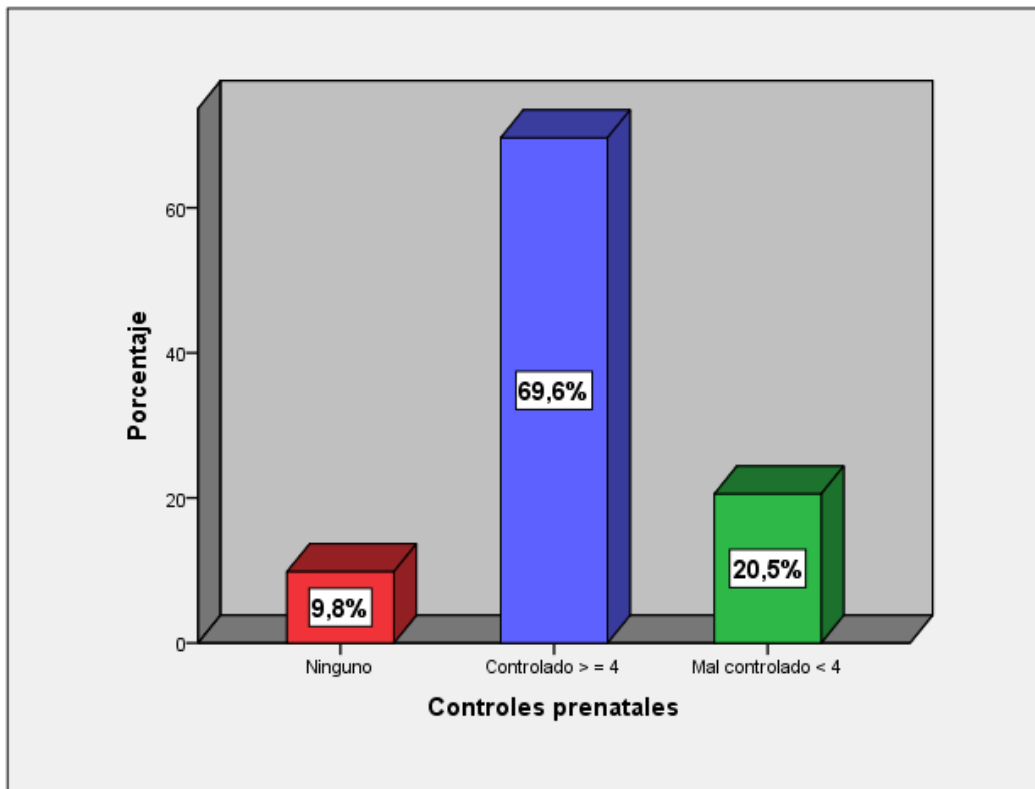
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 10, con respecto a los antecedentes de parto pretérmino, el 94.6% no presentó, mientras que el 5.4% si presentó antecedentes de parto pretérmino.

Tabla 11: Controles prenatales de adolescente con parto pretérmino.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ninguno	11	9.8	9.8	9.8
Controlado ≥ 4	78	69.6	69.6	79.5
Mal controlado < 4	23	20.5	20.5	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 11: Controles prenatales de adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

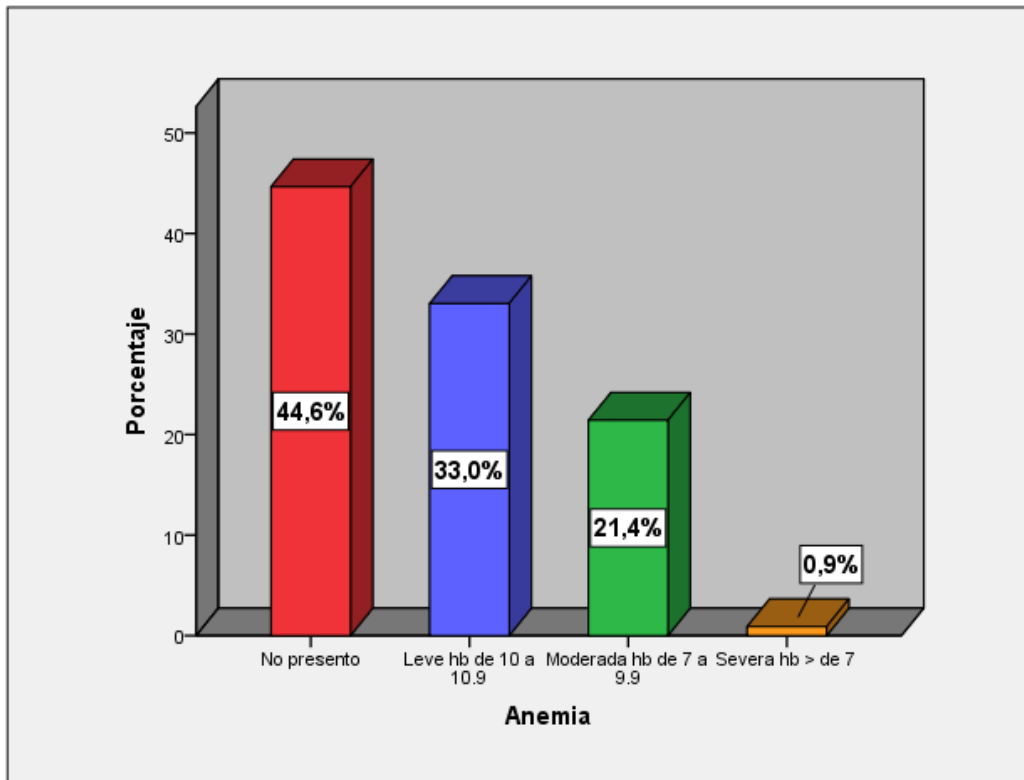
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 11, con respecto a los controles prenatales, el 69.9% fueron controlados (≥ 4 controles), mientras que el 20.5 % son mal controlados (< 4 controles), y solo el 9.8% no tuvo ningún tipo de control.

Tabla 12: Anemia en adolescente con parto pretérmino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	50	44.6	44.6	44.6
	Leve: Hb. 10-10.9	37	33.1	33.0	77.7
	Moderada: Hb. 7-9.9	24	21.4	21.4	99.1
	Severa: Hb. > de 7	1	0.9	0.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 12: Anemia en adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

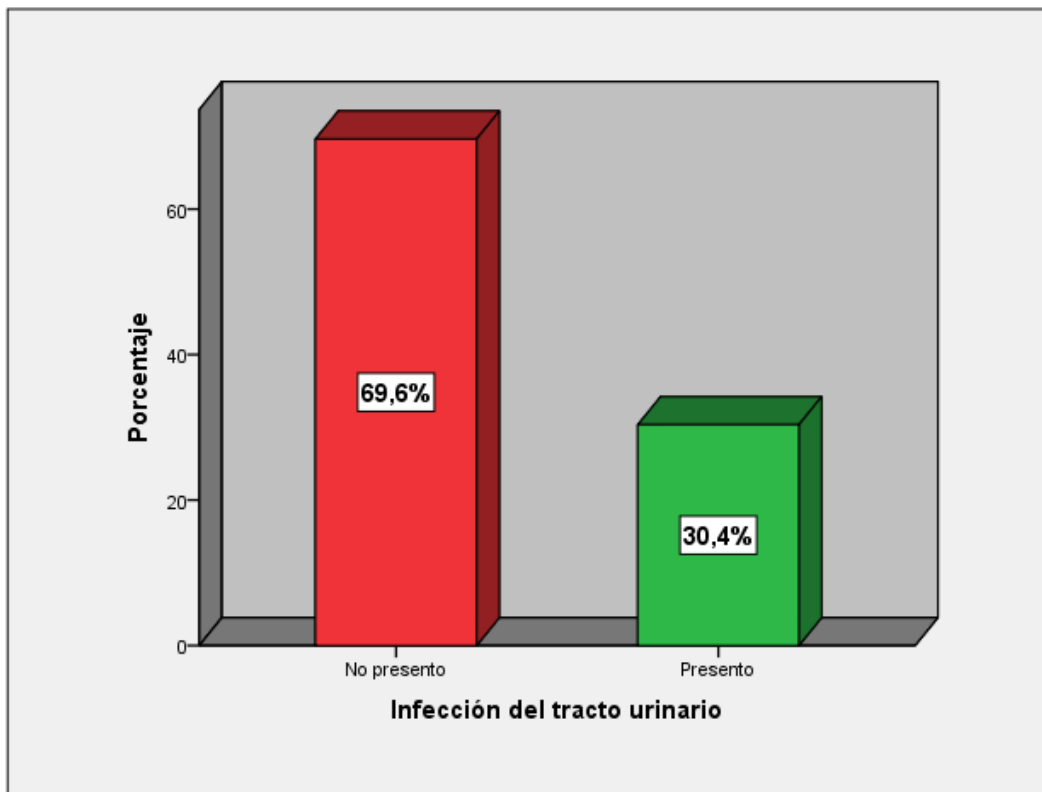
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 12, con respecto a los niveles de anemia, el 44.6% de las encuestadas no presentó, el 33.1% presentó anemia leve, el 21.4% presentó anemia moderada y solo el 0.9% presentó anemia severa.

Tabla 13: Infección de tracto urinario de adolescente con parto pretérmino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	78	69.6	69.6	69.6
	Presento	34	30.4	30.4	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 13: Infección de tracto urinario de adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

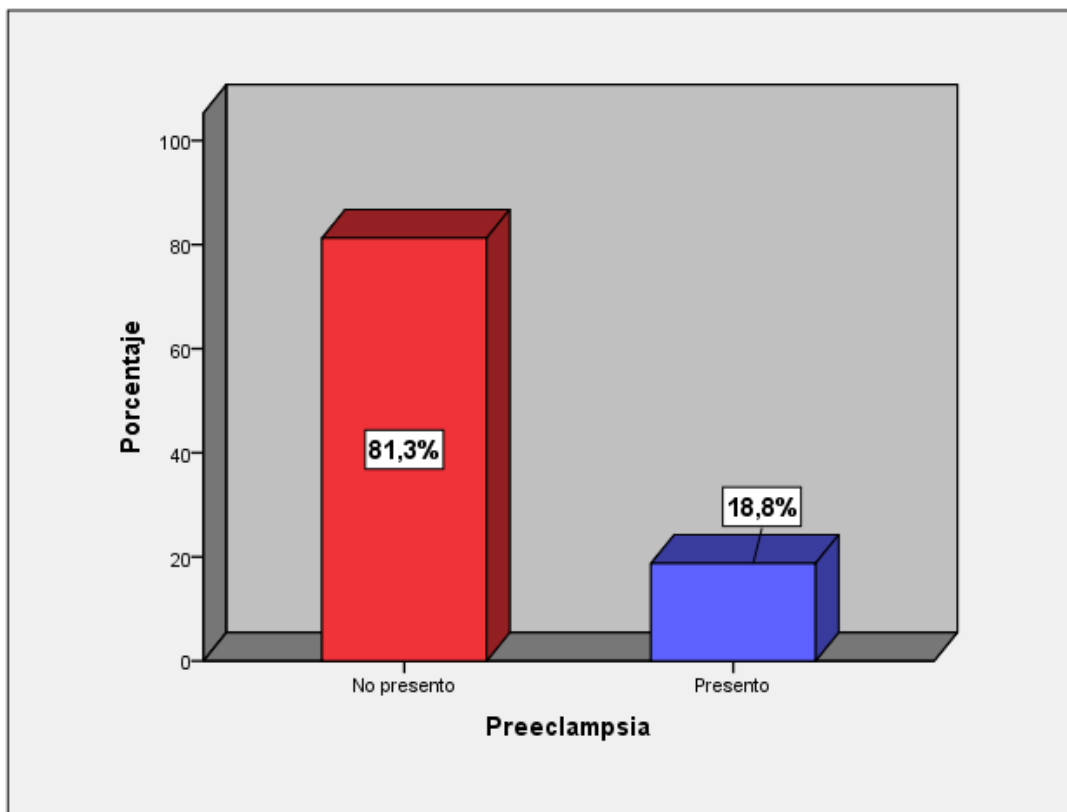
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 13, con respecto a la infección del tracto urinario, el 69.6% de las encuestadas no presentó, el 30.4% presentó infección del tracto urinario.

Tabla 14: Preeclampsia en adolescente con parto pretérmino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	91	81.3	81.3	81.3
	Presento	21	18.8	18.8	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 14: Preeclampsia en adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

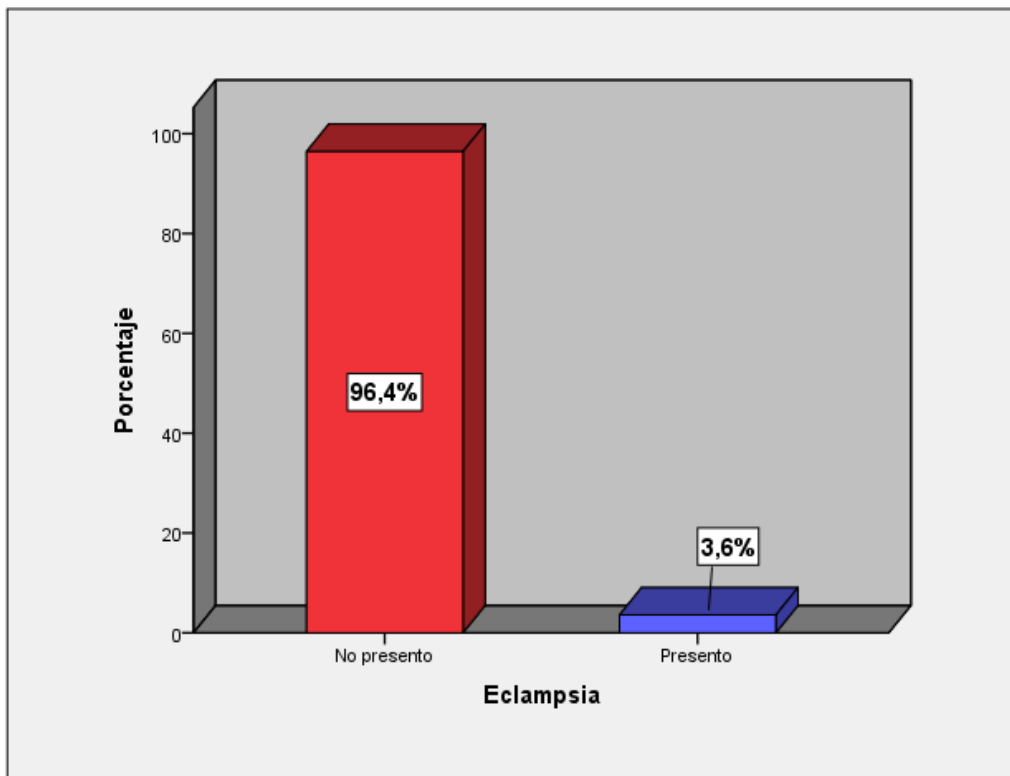
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 14, con respecto a la presencia de preeclampsia, el 81.3% de las encuestadas no presentó, el 18.8% si presentó.

Tabla 15: Eclampsia en adolescente con parto pretérmino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	108	96.4	96.4	96.4
	Presento	4	3.6	3.6	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 15: Eclampsia en adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

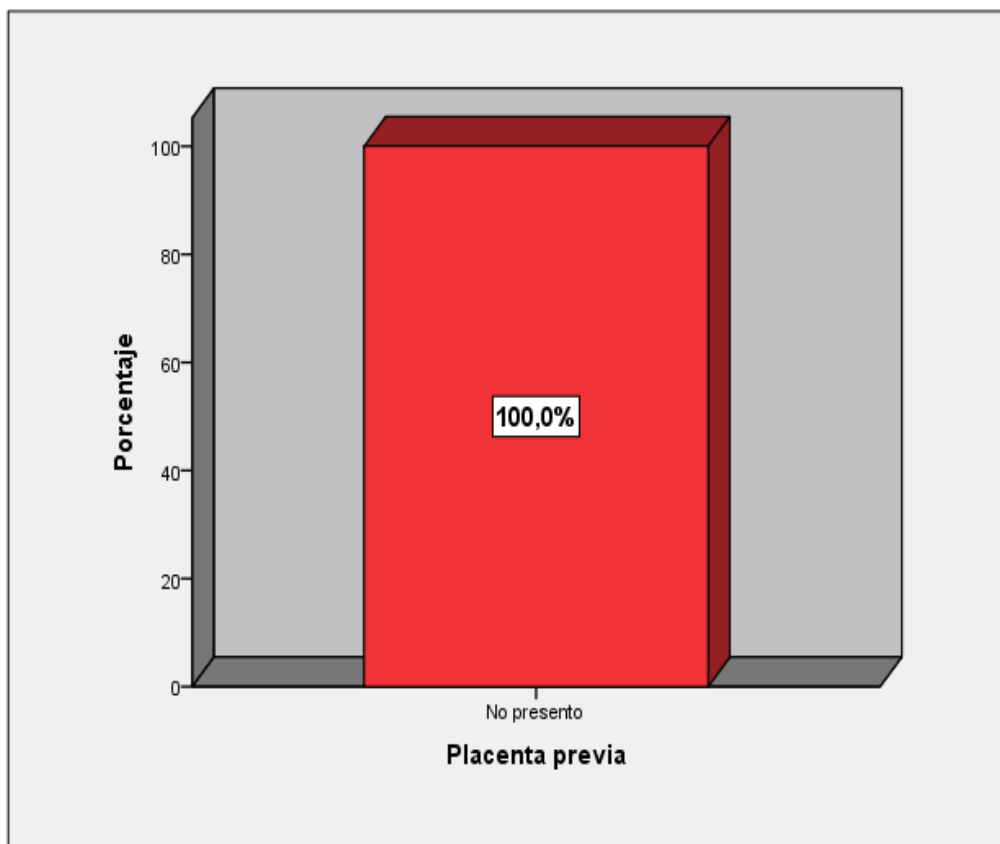
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 15, con respecto a la presencia de eclampsia, el 96.4 % de las encuestadas no presentó, el 3.6% si presentó.

Tabla 16: Placenta previa en adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	112	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 16: Placenta previa en adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

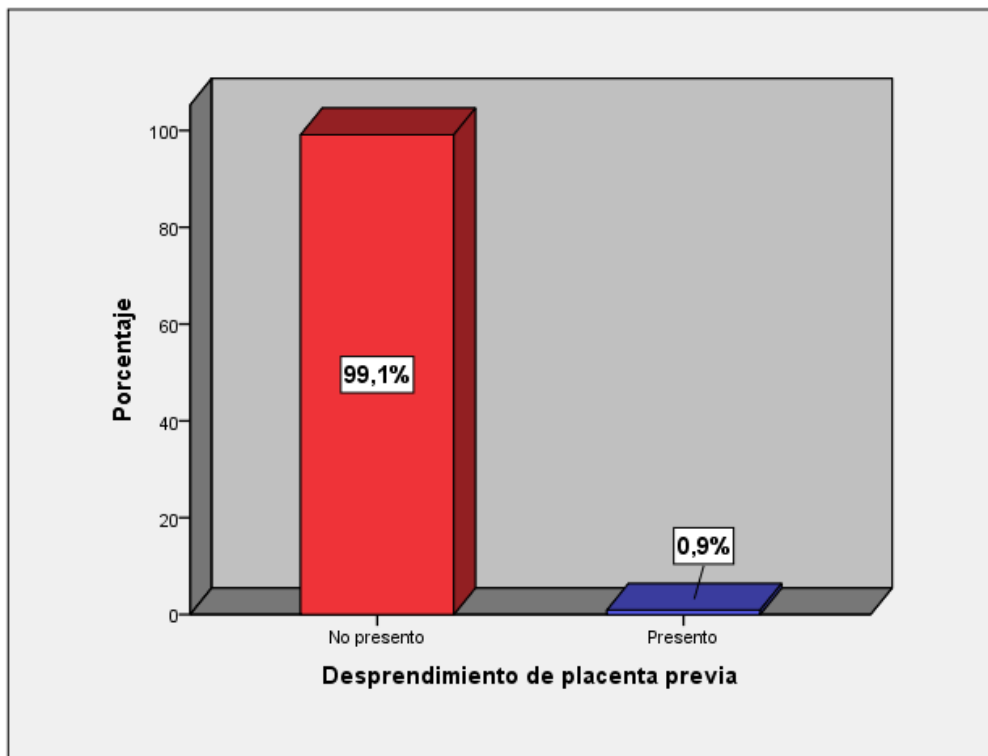
Cómo se puede observar en el gráfico 16, con respecto si las adolescentes presentaron placenta previa se obtuvo que el 100% de las encuestadas no presentaron.

Tabla 17: Desprendimiento de placenta previa de gestantes con parto pretérmino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	111	99.1	99.1	99.1
	Presento	1	0.9	0.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 17: Desprendimiento de placenta previa de gestantes con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia.

Interpretación

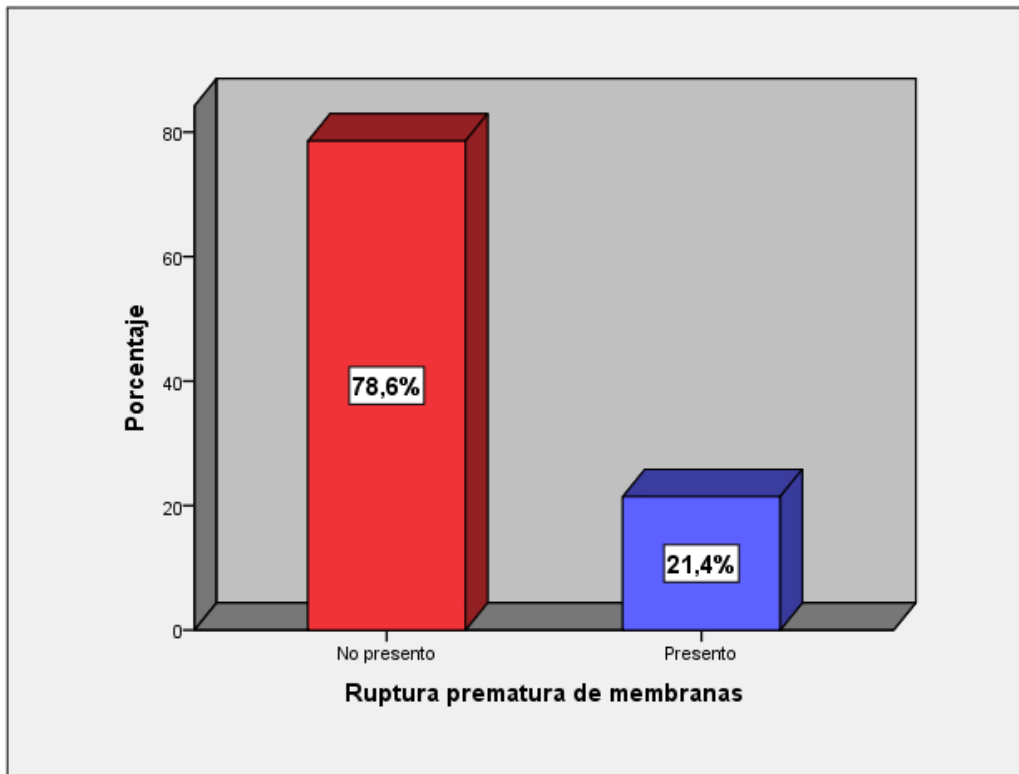
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 17, con respecto si presentó desprendimiento de placenta previa, el 99.1% de las encuestadas no presentó, el 0.9 % si presentó desprendimiento de placenta previa.

Tabla 18: Ruptura prematura de membranas en adolescente con parto pretérmino.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	88	78.6	78.6	78.6
	Presento	24	21.4	21.4	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 18: Ruptura prematura de membranas en adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

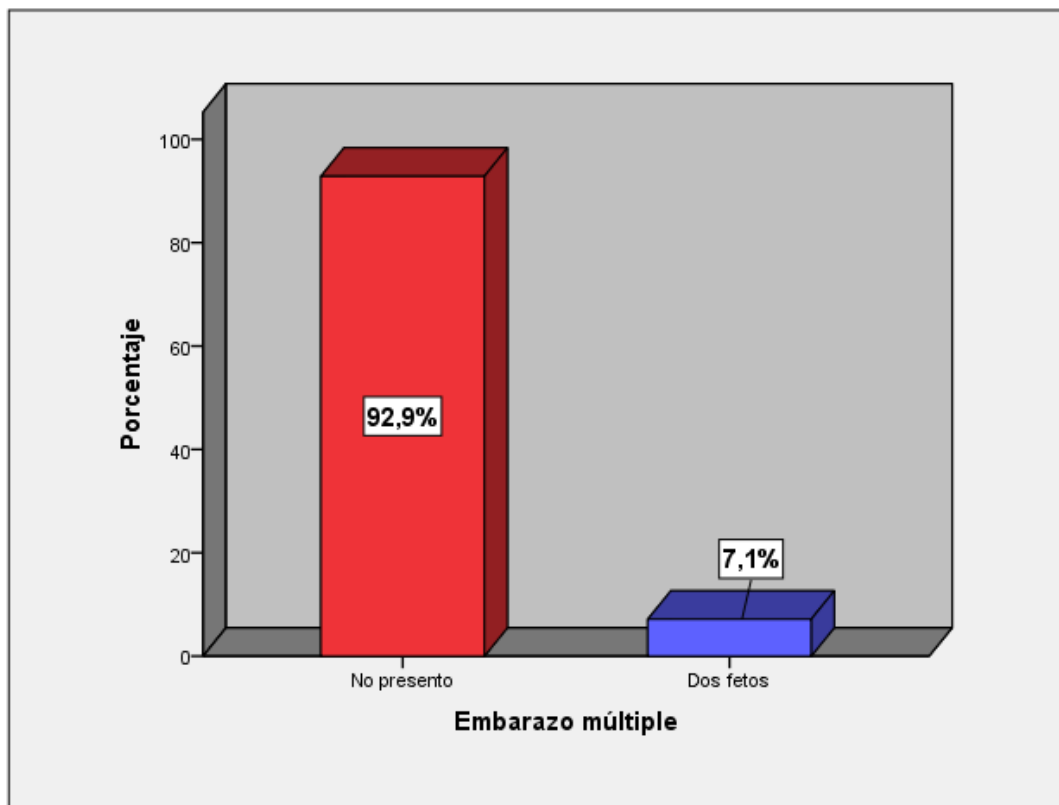
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 18, con respecto a la presencia de ruptura prematura de membranas, el 78.6% de las encuestadas no presentaron y el 21.4% si presentaron.

Tabla 19: Embarazo múltiple en adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No presente	104	92.9	92.9	92.9
	Dos fetos	8	7.1	7.1	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 19: Embarazo múltiple en adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

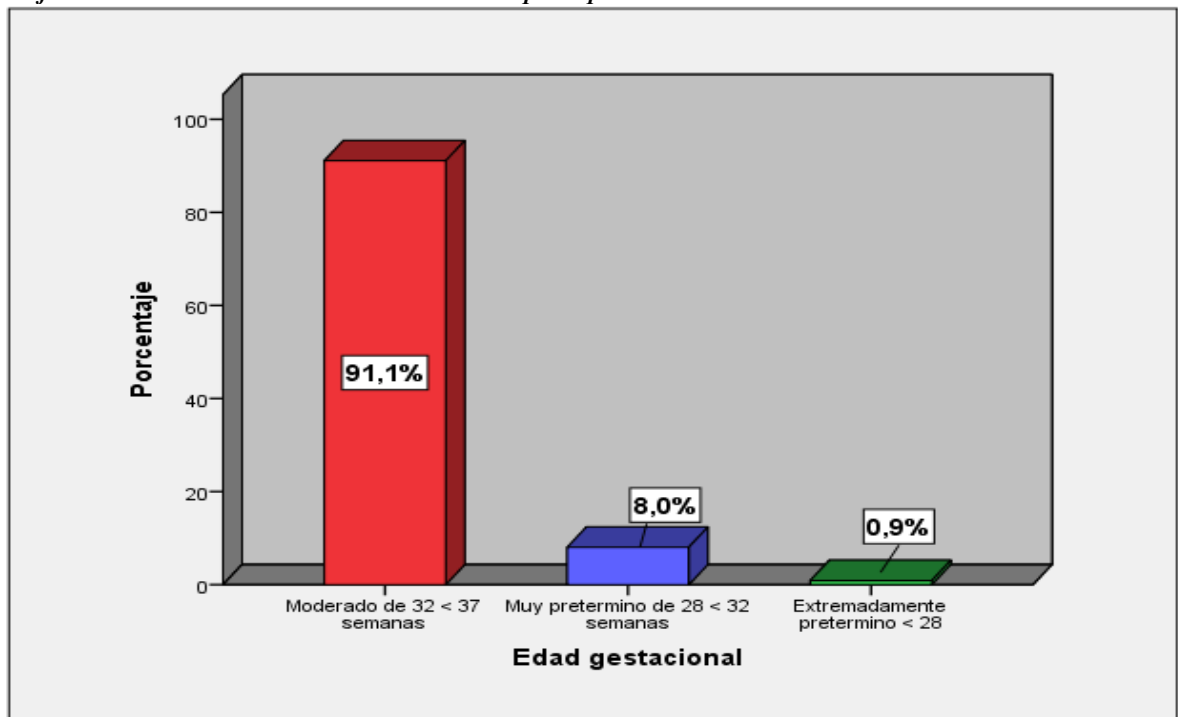
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 19, con respecto si presentó embarazo múltiple, el 92.9% de las encuestadas no presentó, el 7.1% tuvo embarazo múltiple de dos fetos.

Tabla 20: Edad gestacional de adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Moderado de 32 < 37 semanas	102	91.1	91.1	91.1
	Muy pretermino de 28 < 32 semanas	9	8.0	8.0	99.1
	Extremadamente pretermino < 28	1	0.9	0.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 20: Edad estacional de adolescente con parto pretérmino



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

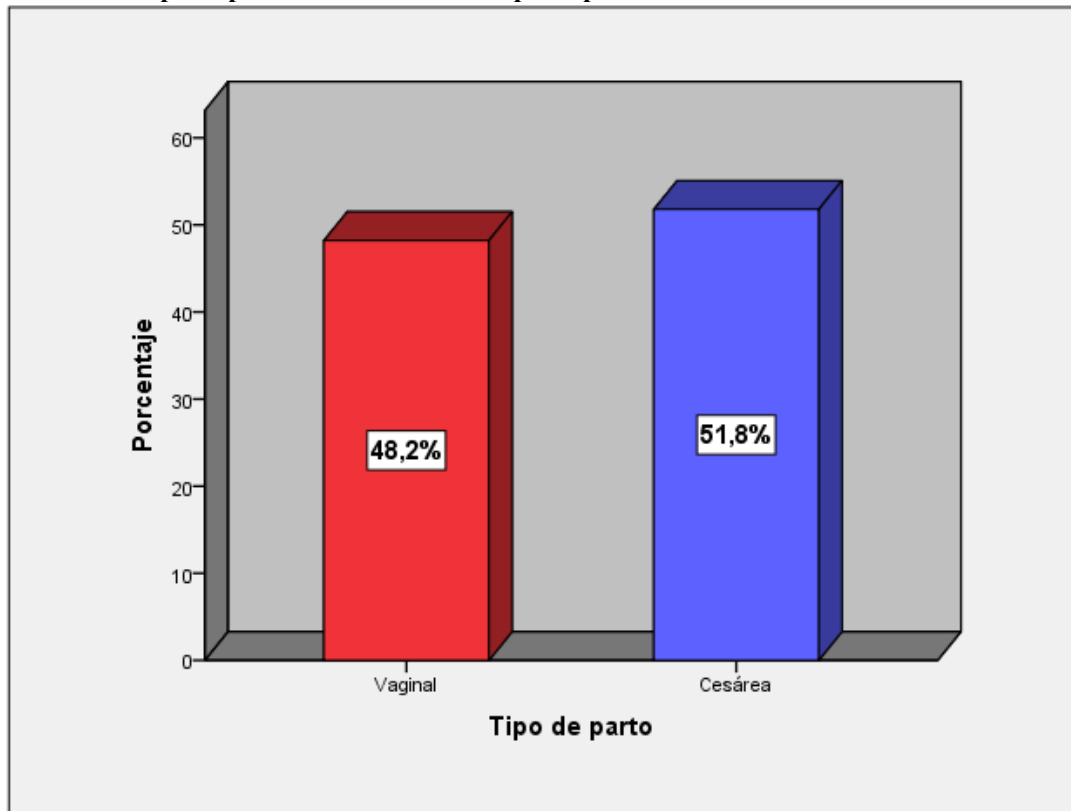
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 20, con respecto a la edad gestacional, el 91.1% presentó edad gestacional entre 32 a 37 semanas (parto moderado), el 8% presentó edad gestacional entre 28 a 32 semanas (parto muy pretérmino), y solo el 0.9% presentó edad gestacional < 28 semanas (parto extremadamente pretérmino).

Tabla 21: Tipo de parto de adolescente con parto pretérmino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vaginal	54	48.2	48.2	48.2
	Cesárea	58	51.8	51.8	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 21: Tipo de parto de adolescente con parto pretérmino.



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

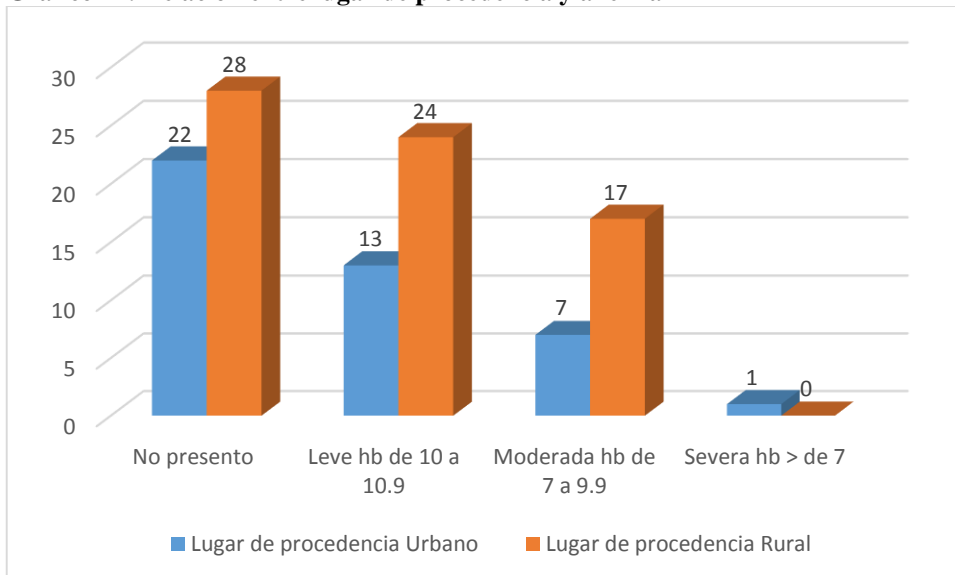
De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 21, con respecto al tipo de parto, el 51.8% fue cesárea y el 48.2% de las encuestadas fue un tipo de parto vaginal.

Tabla 22: Relación entre lugar de procedencia y anemia

		Anemia				Total
		No presente	Leve hb de 10 a 10.9	Moderada hb de 7 a 9.9	Severa hb > de 7	
Lugar de procedencia	Urbano	22	13	7	1	43
	Rural	28	24	17	0	69
Total		50	37	24	1	112

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 22: Relación entre lugar de procedencia y anemia



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 23: Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3.299 ^a	3	0.348
Razón de verosimilitud	3.634	3	0.304
Asociación lineal por lineal	0.824	1	0.364
N de casos válidos	112		

a. 2 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .38.

Interpretación

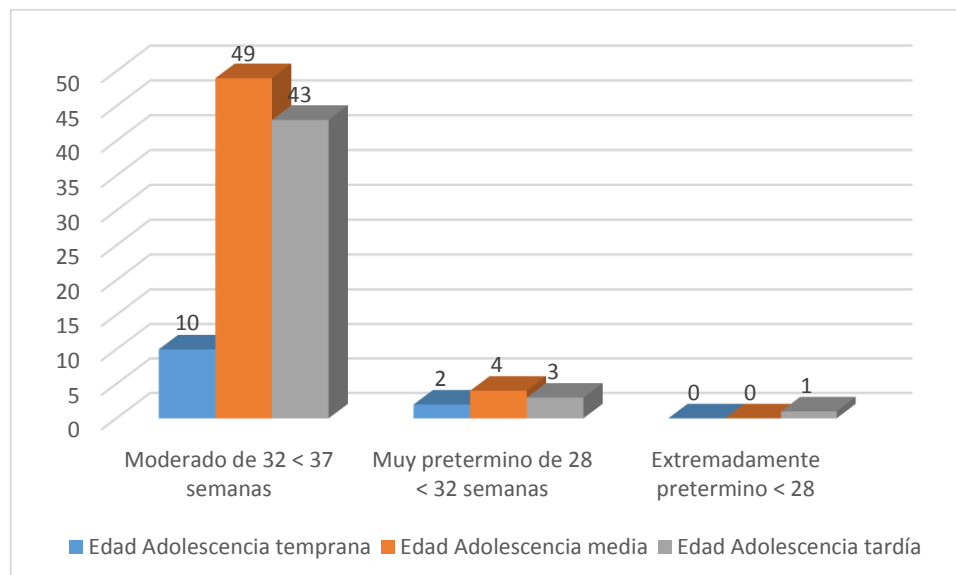
Respecto a la Tabla 23, observamos un Chi cuadrado de 3 grados de libertad para $\chi^2_c = 3.299$, con un nivel de confiabilidad del 95% ($\alpha = 0.05$) el χ^2_t es de 0.352, lo que indica que las dos variables son independientes, por lo tanto se acepta la Hipótesis nula (H_0).

Tabla 24: Relación de la edad de las encuestadas y edad gestación

		Edad gestacional			Total
		Moderado de 32 < 37 semanas	Muy pretermino de 28 < 32 semanas	Extremadame nte pretermino < 28	
Edad	Adolescencia temprana	10	2	0	12
	Adolescencia media	49	4	0	53
	Adolescencia tardía	43	3	1	47
Total		102	9	1	112

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 23: Relación de la edad de las encuestadas y edad gestación.



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 25: Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.762 ^a	4	0.598
Razón de verosimilitud	2.865	4	0.581
Asociación lineal por lineal	0.037	1	0.847
N de casos válidos	112		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.

Interpretación

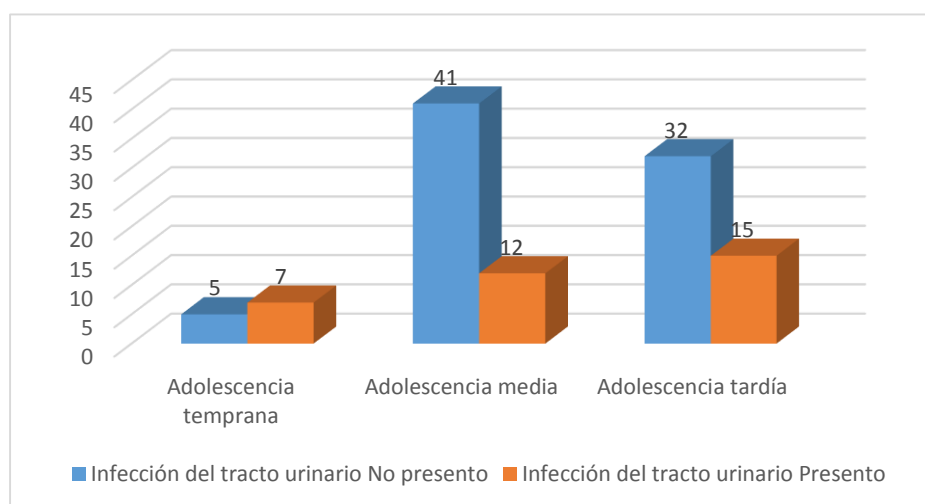
Respecto a la Tabla 25, observamos un Chi cuadrado de 4 grados de libertad para $\chi^2_c = 2.762$, con un nivel de confiabilidad del 95% ($\alpha = 0.05$) el χ^2_t es de 0.711, lo que indica que las dos variables son independientes, por lo tanto se acepta la Hipótesis nula (H0).

Tabla 26: Relación entre edad de encuestadas y la infección tracto urinario.

		Infección del tracto urinario		Total
		No presente	Presento	
Edad	Adolescencia temprana	5	7	12
	Adolescencia media	41	12	53
	Adolescencia tardía	32	15	47
Total		78	34	112

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 24: Relación entre edad de encuestadas y la infección tracto urinario.



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 27: Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5.989 ^a	2	0.050
Razón de verosimilitud	5.638	2	0.060
Asociación lineal por lineal	0.672	1	0.412
N de casos válidos	112		

a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.64.

Interpretación

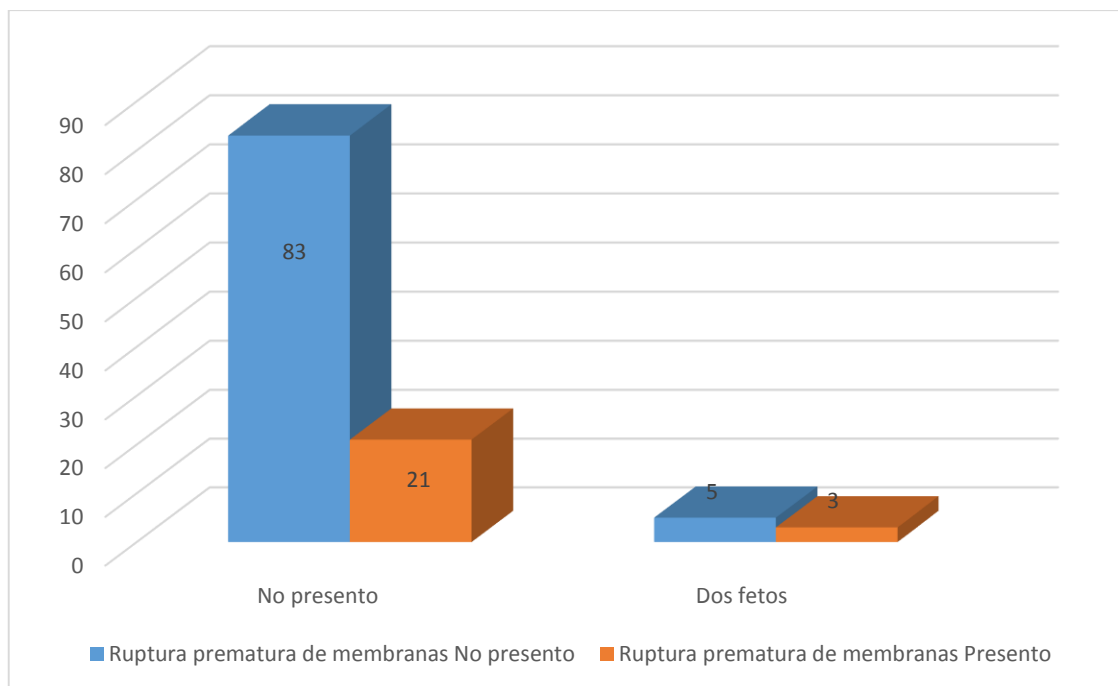
Respecto a la Tabla 27, observamos un Chi cuadrado de 2 grados de libertad para $\chi^2_c = 5.989$, con un nivel de confiabilidad del 95% ($\alpha = 0.05$) el X^2_t es de 0.103, lo que indica que las dos variables son independientes, por lo tanto se acepta la Hipótesis nula (H0).

Tabla 28: Relación de embarazo múltiple y ruptura prematura de membranas

		Ruptura prematura de membranas		Total
		No presente	Presento	
Embarazo múltiple	No presente	83	21	104
	Dos fetos	5	3	8
Total		88	24	112

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 25: Relación de embarazo múltiple y ruptura prematura de membranas



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 29: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1.322 ^a	1	0.250		
Corrección de continuidad ^b	0.494	1	0.482		
Razón de verosimilitud	1.165	1	0.280		
Prueba exacta de Fisher				0.365	0.230
Asociación lineal por lineal	1.310	1	0.252		
N de casos válidos	112				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación

Respecto a la Tabla 31, observamos un Chi cuadrado de 1 grados de libertad para $\chi^2_c = 1.322$, con un nivel de confiabilidad del 95% ($\alpha = 0.05$) el X^2_t es de 0.004, lo que indica que las dos variables son independientes, por lo tanto se acepta la Hipótesis nula (H0).

CAPÍTULO

V

V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de resultados

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que genera cambios biológicos, psicológicos y sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, siendo preocupación por la forma de la conducta sexual; tales como la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la desinformación y el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, lo que determina un aumento en el riesgo para que las adolescentes adquieran enfermedades de transmisión sexual o tengan embarazos no deseados y que a su vez predispone a un alto porcentaje de parto pretérmino siendo causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal y por lo que este estudio busca identificar la incidencia de factores de riesgo que participan en su presentación entre nuestras pacientes.

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, los cuales serán descritos en relación a los objetivos propuestos.

La incidencia de parto pretérmino en gestantes adolescentes durante el año de estudio fue 14.35% (112 pacientes) con respecto al total de gestantes adolescentes que culminaron su gestación en hospital II-2 TARAPOTO.

Haciendo comparación se observa una incidencia menor a nuestro resultado obtenido con dicho estudio internacional de **Manrique R. y cols. (Venezuela - 2008)**, donde realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, durante el año 2005, patologías asociadas y complicaciones perinatales. Fue un estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se hizo revisión de historias clínicas del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello, Estado Carabobo. La prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 %. (11).

Respeto a los factores de riesgo maternos se obtuvo los siguientes resultados: La edad más frecuente de la adolescente fue entre 14-16 años (adolescencia media) con 47.3%. La mayor parte son de procedencia rural con un 61.6 %, mientras que el 38.4 % es de procedencia urbana. El estado civil de las encuestadas en su mayoría fueron convivientes con un 68.8%, mientras que el 31.3% son solteras. El nivel de instrucción de las

encuestadas la mayoría tuvo nivel de secundaria con 59.8%, seguido con el 34.8% el nivel primaria, y solo el 5.4% presentaron un nivel superior. Los hábitos nocivos de consumo de las encuestadas predominó el consumo de café con un 22.3%, solo el 1.8 % hábito de tabaco y que el 75.9% no presenta ningún hábito nocivo. Respecto a las enfermedades previas que presentaban las adolescentes el predominante fue neumopatías con un 2.7% y el 0.9 % presenta nefropatía.

Respecto a los factores de riesgo ginecobstetricos: En este estudio se obtuvo que la mayoría fue primigesta con el 74.1% y el 25.9% fue multigesta. Respecto a la paridad de las adolescentes la gran mayoría fueron primíparas con el 85.7%, el 14.3% presenta una paridad múltipara. Respecto a los antecedentes de aborto no presentó un 87.5%, mientras que el 12.5% si presento antecedentes de aborto. Además en su mayoría no presento antecedentes de parto pretérmino con 94.6%, mientras que el 5.4% si presento antecedentes de parto pretérmino. Respecto a los controles prenatales en su mayoría fueron controlados (≥ 4 controles) con un 69.9%, mientras que el 20.5 % son mal controlados (< 4 controles), y solo el 9.8% no tuvo ningún tipo de control. El 33.1% presento anemia leve, el 21.4% presentó anemia moderada, solo el 0.9% presentó anemia severa y el resto con el 44.6% no presentó anemia. Con respecto a la infección del tracto urinario, el 69.6% de las encuestadas no presentó, el 30.4% presentó infección del tracto urinario. Presentaron preeclampsia un 18.8%, y el 81.3% de las adolescentes no presentó. El resultado para eclampsia un 96.4 % no presento, y el 3.6% si presentó.

En los que concierne a los factores útero-placentarios: El 100% de las adolescentes no presentaron placenta previa. Respecto al desprendimiento de placenta previa, el 99.1% de las encuestadas no presentó, y el 0.9 % si presentó. Con respecto a ruptura prematura de membranas el 78.6% no presentó, y el 21.4% si presentó.

En los que concierne a factores fetales: Respecto embarazo múltiple, el 7.1% tuvo embarazo múltiple de dos fetos, el restante con un 92.9% fue feto único.

En comparación con dicho de **Bracho C. (Venezuela - 2012)**. Realizaron un estudio acerca de los “factores de riesgo asociados con la incidencia de partos pretérminos en adolescentes embarazadas” controladas en la consulta prenatal en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza (MACP), perteneciente al Servicio Autónomo Hospital

Universitario de Maracaibo”. Se trata de un estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y de campo en el cual se valoraron 100 adolescentes embarazadas atendidas en la consulta prenatal de la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, durante el periodo comprendido de junio 2009 a junio de 2010. A quienes se les hizo seguimiento de su embarazo hasta el momento del parto. Se encontró que las pacientes tenían un promedio de edad de 18,6 + 2,5 años, de las cuales el 51% viven en concubinato, procedentes del área urbana, con nivel socioeconómico bajo. La mayoría eran primigestas y se encontraba en el II Trimestre de gestación, el 65% no controlado o mal controlado, encontrándose como principales factores de riesgo la presencia de infecciones y anemia, como factores obstétricos se encontró enfermedad hipertensiva del embarazo en el 12%, 16% presentaron ruptura prematura de membranas. Las adolescentes embarazadas presentan factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que afectan la evolución de su gestación, condicionando la presencia de parto pretérmino. (10).

Genes V. (Paraguay - 2012) (12). Realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido. Se 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 mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se obtuvo resultado que 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. Concluyendo que los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pretérmino fueron la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia. (12,45).

Cluet. I y cols (2013, venezuela). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos hijos de 205 madres adolescentes en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, desde enero - agosto 2012. Fue un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, se realizó entrevista a la madre y revisión de historias clínicas de la madre y del neonato; indicadores recopilados: factores personales, socioeconómicos, demográficos, gineco-obstétricos y del nacimiento. Hubo 15,13 % adolescentes con hijos prematuros; entre 17-19 años (67,31 %); índice de masa corporal: 18,5-24,99 kg/m² (71,13 %); no estudiaban (41,46%), no completaron la secundaria (78,54.%), dedicadas a oficios del hogar (68,29 %); en concubinato (55,12 %), estrato socioeconómico: nivel V (52,68 %); sin consumo de alcohol, drogas o tabaco (100 %); venezolanas (97,56 %); residenciadas en zonas urbanas (62,44.%); sin intentos de aborto en 82,93 %, mal control prenatal (64,39 %), primiparidad (72,68.%) nacimiento por parto (56,59 %), entre 34 y menores de 38 semanas de gestación (79,51 %). El bajo nivel socioeconómico y factores de riesgo familiar se relacionan con la prematuridad en el embarazo de estas adolescentes. (1).

La edad gestacional más frecuente de la adolescente fue entre 32 a 37 semanas (pretérmino moderado) con el 91.1%, el 8% presento edad gestacional entre 28 a 32 semanas (parto muy pretérmino), y solo el 0.9% presento edad gestacional < 28 semanas (parto extremadamente pretérmino). Con respecto a la via de culminación de gestación el 51.8% fue cesárea y el 48.2% fue parto vaginal.

Con respeto a dicho estudio de **Cluet. I y cols (2013, venezuela).** Se obtuvo mayor incidencia de nacimiento por parto (56,59 %), caso contrario a nuestros resultados, pero similitud en la incidencia de edad gestacional entre 34 y menores de 38 semanas de gestación (79,51 %). (1).

CAPÍTULO

VI

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

1. La incidencia de parto pretérmino en gestantes adolescentes durante el año de estudio fue 14.35% (112 pacientes) con respecto al total de gestantes adolescentes que culminaron su gestación en hospital II-2 TARAPOTO.
2. Los factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino en adolescentes con mayor incidencia fueron: edad de 14 – 13 años con 47.3%, procedencia rural con 61.6%, estado civil conviviente con 68.8%, nivel de instrucción secundaria con 59.8%, sin ningún hábito nocivo con 75.9%, sin ninguna previa enfermedad sistémica con 92.9%.
3. Los factores de riesgo obstétricos asociados a parto pretérmino en adolescente con mayor incidencia fueron: primigesta con 74.1%, primíparas con 85.7%, sin antecedente de parto pretérmino con 94.6%, sin antecedente de aborto con 87.5%, control prenatal adecuado con 69.6%, con anemia 55.4% prevaleciendo una anemia leve, con infección del tracto urinario un 30.4%, preeclampsia con 18.8%, eclampsia con 3.6%.
4. Los factores de riesgo placentarios y uterinos asociados a parto pretérmino en adolescentes con mayor incidencia fueron: sin presencia placenta previa con 100%, desprendimiento prematuro de placenta con 0.9%, con ruptura prematura de membrana un 21.4%.
5. Respecto a la incidencia del factor de riesgo fetal asociado a parto pretérmino en adolescentes presentaron embarazo múltiple de dos fetos un 7.1%.
6. La incidencia de edad gestacional de parto pretérmino en la adolescente fue de 32 a <37 semana (parto pretérmino moderado) con 91.1%.
7. La incidencia de la vía de culminación de gestación de parto pretérmino fue la vía cesárea 51.8%

CAPÍTULO

VII

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Recomendaciones

1. A los miembros que conforman la comunidad de salud del Hospital Minsa II-2 Tarapoto, asumir su labor con vocación de servicio, de tal manera que sean capaces de vigilar, detectar, analizar, evaluar y dictar normativas que orienten al manejo frente a un problema similar al estudio.
2. Incentivar y ampliar el campo de la investigación sobre el tema que permita una visión objetiva del problema.
3. Buscar estrategias que integren a los médicos en formación con los médicos especialistas y expertos sobre el tema para formar equipos de salud encaminados a educar, intercambiar conocimientos, detectar y corregir las posibles fallas existentes en cómo afrontar un parto pretérmino en gestante adolescente
4. Capacitar y actualizar a los médicos con las diferentes guías de recomendaciones de las principales Sociedades Científicas siempre y cuando sean utilizadas con juicio crítico y adaptado a nuestra realidad.
5. Garantizar la actuación interdisciplinaria de médicos generales medico ginecoobstetras, y osbtetras con el propósito de integrar acciones que faciliten y eliminen cada una de las barreras que se interponen en la valoración y atención integral del paciente.

CAPÍTULO

VIII

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

8.1. Referencia bibliográficas

1. Cluet. I., Rossell. M. “Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes” Rev Obstet Ginecol Venez. Vol. 73, N° 3, septiembre 2013. 157-170. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art03.pdf>
2. Amanda Ortiz Jenny, Alicia Borré. “Relación De Apego En Madres Adolescentes Y Sus Bebés Canguro” Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, N° 1, 71-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80538105.pdf>
3. Héctor Oviedo Cruz, Josefina Lira Plascencia. “Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes” Ginecol Obstet Mex ISSN-0300-9041 Volumen 75, Núm. 1, enero, 2007. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom071d.pdf>
4. Guillén. D, Rodríguez. E “Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, hospital regional, gracias, lempira”. REV MED HONDUR, Vol. 80, No. 4, 2012. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-3.pdf>.
5. Verdura. M., Raimundo. M., “Bajo peso al nacer y prematurez en hijos de madres adolescentes de un centro maternoneonatal de la ciudad de corrientes” Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 205 – Febrero 2011. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista205/2_205.pdf.
6. PACHECO ROMERO, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2° edición, Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC), Lima Perú 2007. Pags. 1244 – 1267.
7. Doig. J. “Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003” Revista Peruana de Pediatría Enero - Abril 2006. Disponible en:
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v59n1/pdf/a02.pdf>

8. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. “Prevención del embarazo adolescente seguimiento concertado estado y sociedad civil” reporte N° 02-2013-sc/psmn. Disponible en:
http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/reporte_embarazo_adolescente_vf_19_12_13.pdf
9. Diressanmartin.gob.pe [internet]. Diressamartin. San martin: 2014. [Citado 20 may 2016]. Disponible en:
<http://www.diressanmartin.gob.pe/web/images/PDF/prevencion-embarazo-adolescente090714.pdf>.
10. Bracho C. “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes embarazadas”. Maracaibo. 2012 Febrero - [Internet]. (Citado 214). Disponible en:
<http://docplayer.es/15130698-Factores-de-riesgo-asociados-al-parto-pretermino-en-adolescentes-embarazadas.html>.
11. Manrique R, Rivero A. “Parto pretérmino en adolescentes”. [Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3): 144-149] - Internet (Citado en 2014) Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n3/art02.pdf>.
12. Genes V. “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino”. [Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012, Pág. 8-14 Paraguay] – Scielo [Internet] [Citado en 2014]. Disponible en:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742012000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
13. Morgan F, Cinco A. “Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino”. [Ginecol Obstet Mex 2010; 78(2):103-109 Febrero 2010] - Internet [citado en 2014]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2010/gom102e.pdf>.

14. Reyes I, Ruiz R. “Factores de riesgo de parto pretérmino, estudio de caso control hospital nacional E. Bernaldes mayo – setiembre 2003”. Perú. - Internet (Citado en 2014). Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/362/1/Reyes_mi.pdf
15. Huaroto K., Pauca M. “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú”. Rev méd panacea. 2013; 3(2): 27-31. Disponible en:
<http://www.revpanacea.pe/index.php/RMP/article/view/65/64>.
16. Salvador .J, Diaz. J. “Factores de riesgo del parto pretérmino. Estudio caso-control” Rev. Per. Ginecol. Obstet. Vol 50 N°3 julio-septiembre 2004. Disponible en:
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/424/393>.
17. Parra. F. “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012” Repositorio Digital de Tesis UNJBG Tacna 21 de Marzo del 2013. Disponible en:
http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111_2013_Parra_Velarde_F_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2.
18. Organización mundial de la salud. “Nacimientos prematuros” Centro de prensa. Nota descriptiva N°363 - noviembre de 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
19. Voto Liliana S., Valenti Eduardo A. “Parto pretérmino” FASGO. Volumen 13 - N° 1 - Mayo 2014 Disponible en:
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Partо_Pretermino.pdf
20. Pagés G., Martell A. “TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO”. Aller. J/Pagés G. OBSTETRICIA MODERNA. TERCERA EDICION. Editorial de McGraw-Hill Interamericana. Cap.25. Pg. 315- 331 disponible en:
http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_25.pdf

21. Mascaro Pedro A., Alvarado Carlos J. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. “Amenaza parto pretérmino” Pg. 91-98. Disponible en:
<http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20CLINIC A.pdf>
22. Espinoza J. “Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino” Rev Per Ginecol Obstet. Vol 54 N° 1 pg: 15-21. Enero-marzo 2008. Disponible en:
http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1064/pdf_104
23. Huamán M. “Parto Pretérmino: Diagnóstico” Rev. Per. Ginecol. Obstet. Vol 54 N° 1 pg. 22-23. 2008. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a06v54n1.pdf
24. Pacheco J. “Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias” Rev. Per. Ginecol. Obstet. Vol 54 N° 1. 2008. Pg. 24-32. Disponible en:
http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1068/pdf_105.
25. Illescas-Castañeda J. “Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino” Rev. Per. Ginecol. Obstet. Vol 54 N° 1. 2008 Pg. 11-14. Disponible en:
http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1057/pdf_102
26. Issler Juan R. “Embarazo en la adolescencia” Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001 Pg. 11-23. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
27. Mendoza W., Subiría G. “El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas” Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(3). Pg. 471-479. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a17v30n3.pdf>.
28. Gamboa C., Valdés S. “El embarazo en adolescentes” Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Mayo, 2013. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.

29. Liao J., Buhimschi C. “Parto normal: mecanismo y duración”. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 32 (2005) Pg. 145-164. Disponible en:
http://losprofesionales.net/articulos/Obs_Partio_fisioMecanismo.pdf
30. Echemendía B. “Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones” *Revista Cubana de Higiene y Epidemiol* 2011; 49(3):470-481. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>.
31. Gobierno vasco. “Definiciones utilizadas en el censo del mercado de trabajo” departamento de justicia, empleo y seguridad social. Disponible en:
http://www.ivap.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTOferta2002Doc.4.Definiciones.pdf
32. Mazza G. “Estado civil”. Disponible en:
<https://gmazzamaio.files.wordpress.com/2012/02/estado-civil.pdf>
33. Cedeño M.; Rodríguez M. “Hábitos tóxicos y embarazo. resultados perinatales”. *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10 (5) ISSN 1025-0255. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117629003.pdf>
34. Cervera R., Font J. “Embarazo y enfermedades autoinmunes sistémicas”. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: Pg. 777-778. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90147716&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=107&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v113n20a90147716pdf001.pdf
35. Távara L. “El aborto como problema de salud pública en el Perú” *ginecología y obstetricia.* Vol. 47 N°4 octubre-diciembre 2001. Pg. 250-254. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_47N4/pdf/A07V47N4.pdf.
36. Pagés G. “Control prenatal”. *Aller. J/Pagés G. Obstetricia moderna.* tercera edicion. Editorial de McGraw-Hill Interamericana. Cap.2. Pg. 15- 30. Disponible en:
http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_02.pdf.

37. Espitia F., Orozco L. “Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse” MéD. UIS. 2013;26(3): Pg. 45-50 Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v26n3/v26n3a05.pdf>
38. Echevarría J., Sarmiento E. “Infección del tracto urinario y manejo antibiótico” Acta Med Per. 23(1) 2006 Pg. 26-31. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n1/a06v23n1>
39. García M., Pagés G. “Enfermedad hipertensiva del embarazo”. Aller. J/Pagés G. Obstetricia moderna. Tercera edición. Editorial de McGraw-Hill Interamericana. Cap.27. Pg. 342- 354. Disponible en:
http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_27.pdf
40. Oscanoa A. “Placenta previa. Instituto especializado materno perinatal”. Rev. Per. Ginecol. Obstet. Vol. 51 N° 4 oct-dic. 2005. Pg. 219-224. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol51_n4/pdf/a07v51n4.pdf
41. Zamorano M. “Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.” Clases de Residentes 2015. 09/04/2015. Pg.1-18. Disponible en:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_desprendimiento_prematuro_placenta.pdf
42. Cervillo N. “Ruptura prematura de membrana”. Aller. J/Pagés G. Obstetricia Moderna. Tercera Edición. Editorial de McGraw-Hill Interamericana. Cap.23. Pg. 297- 305. Disponible en:
http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_23.pdf
43. Rasines M. “Embarazo múltiple”. Aller. J/Pagés G. Obstetricia Moderna. Tercera Edición. Editorial de McGraw-Hill Interamericana. Cap.20. Pg. 263- 277. Disponible en: http://fertilab.net/om/om_20.pdf.

44. Frenk J., Ruelas E. “Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes”
Segunda Edición, 2002 ISBN 970-721-104-0. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>.

45. Gómez Jiménez, Jorge. ARIAS, Luis. “Enfermedades glomerulares durante la gestación. Serie de casos y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 N° 4 * 2008 * (343 – 348). Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n4/v59n4a11.pdf>.

CAPÍTULO

IX

IX. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Hoja de recolección de datos

I. DATOS DE IDENTIFICACION

❖ HC: _____

❖ Edad: _____

❖ Parto: _____ Edad gestacional : _____

II. Datos demográficos/Maternos

1. Lugar de procedencia : rural () urbano ()
2. Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada ()
2. Nivel de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior () Analfabeto()
3. Hábitos nocivos: tabaco () café () alcohol() drogas ()
4. Enfermedades previas:
 - a. Ninguno ()
 - b. Diabetes ()
 - c. HTA ()
 - d. Neumopatía ()
 - e. Cardiopatías ()
 - f. Nefropatías ()
 - g. Otros ()

III. Antecedentes obstétricos/maternos

1. Gestación: Primigesta:___ Multigesta:_____
2. Paridad: nulípara:___ primípara:___ multípara:___
3. Antecedente de aborto: no: ___si: ___ ¿Cuántos?: _____
4. Antecedente de parto pretérmino: no: ___si: _____
5. Controles prenatales: no: ___ si: ___ ¿Cuántos?: _____

6. Patologías obstétricas

a. Anemia: leve_____ moderado:_____ severo:_____

b. ITU ()

c. Preeclampsia ()

d. Eclampsia ()

III. PATOLOGÍAS ÚTERO-PLACENTARIAS

1. Placenta previa: _____

2. Desprendimiento de Placenta previa: _____

3. Rotura Prematura de Membrana: _____

IV. PATOLOGIAS FETALES

1. Embarazo múltiple: No () Si () y Cuantos:_____


9.2. Anexo 2: Autorización

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

AUTORIZACIÓN


*EL DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA
HOSPITAL II-2 TARAPOTO*

AUTORIZA:



A, EISTHEN LEÓN SUÁREZ, estudiante de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana, de la Facultad de Ciencias de la Salud-Universidad Nacional de San Martín - T, para recolectar datos clínicos y de esta manera cumplir en ejecutar los objetivos, para la ejecución del Proyecto de Tesis Titulado: "INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDA EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – PERIODO AGOSTO 2016 – JULIO 2017".

Tarapoto, 15 de Agosto del 2017



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2-TARAPOTO

Javier F. Palomino Dávila

Med. Ciruj. Javier F. Palomino Dávila
DIRECTOR