



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETERMINO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CESAR
GARAYAR GARCIA, JULIO A DICIEMBRE 2016**

Para optar el título profesional de Obstetra

PRESENTADO POR LA BACHILLER EN OBSTETRICIA

AUTOR : MUSAC GUERRA, BRENDA JAZMÍN

ASESOR : Jesús Jacinto Magallanes Castilla, MD. MSP

SAN JUAN- IQUITOS - PERÚ

2018

DEDICATORIA

A DIOS quien con su amor me otorga salud y vida para lograr mis metas.

A mis padres JOEL Y ACELA por apoyarme impulsarme Y sostener todo el tiempo mi mano en esta etapa, por enseñarme a ser perseverante, por creer en mi a pesar de mis errores gracias por tu amor incondicional.

A mi pequeña Brittany llegaste a darle un nuevo rumbo. A mi existencia, eres y serás mi gran motivo para lograr mis objetivos llenas mi corazón te amo.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo por su amor y comprensión por esta junto a mí apoyándome. Cada día por estar presente cuando lo necesitaba.

A mis hermanas, amigas y cómplices Wendy y Hillary quienes me apoyaron y me incentivaron a superarme como profesional y persona.

Un agradecimiento a Dios por colocar en mi vida personas maravillosas familia y amigos que aportaron en este proyecto personal Gracias a cada una de ellas.



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 14 días del mes de Abril del 2018, siendo las 11:00 a.m., el Jurado de Tesis designado según **Resolución Decanal N° 804- 2017-UCP-FCS**, de fecha 16 de Noviembre del 2017, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

FACULTAD DE
CIENCIAS
DE LA SALUD

↓ **Obst. Mgr. Erika Mireya Trigozo Barbarán** **Presidente**
↓ **Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla** **Miembro**
↓ **Méd. Eder Eli Aguilar Rojas** **Miembro**

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: **"FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES; ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA, JULIO A DICIEMBRE 2016"**, de la Bachiller: **BRENDA JAZMIN MUSAC GUERRA**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**, que otorga la **UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales	3	3	4	
B) Investigación Bibliográfica	3	3	3	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3	4	3	
D) Calidad de respuestas	4	3	3	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
CALIFICACIÓN FINAL	16	16	16	

RESULTADO:

APROBADO POR: **UNANIMIDAD**
CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS): **Decisis**

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos


Obst. Mgr. Erika Mireya Trigozo Barbarán
Presidente


Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Miembro


Méd. Eder Eli Aguilar Rojas
Miembro

La Universidad Vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

HOJA DE APROBACIÓN

TESIS: FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR
GARCÍA, JULIO A DICIEMBRE 2016.


Obst. Mgr. Erika Mireya Trigozo Barbarán
Presidente


Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Miembro


Méd. Mgr. Eder Aguilar Rojas
Miembro


Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Asesor de Tesis

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Título de la Tesis Factores de Riesgo del parto pretermino en Adolescentes atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio a Diciembre del 2016.	
2. Planteamiento del problema	3
2.1 Descripción del problema	3
2.2 Formulación del problema	4
1.1.1 Problema general	4
1.1.2 Problemas específicos	4
3. Objetivos	5
3.1. Objetivo general	5
3.2. Objetivos específicos	5
4. Justificación de la investigación	6
5.. Marco Teórico	08
5.1 Antecedentes de estudio	08
5.2 Bases teóricas	14
Definición de términos básicos	14
6.Hipótesis	26
7. Variables	27
a. Variables Dependientes	27
b. Variables Independientes	27
8. Aspectos Metodológico	28
8.1 Tipo de Investigación	28
8.2 Diseño de la investigación	28
8.3 Población y Muestra	28
8.4 Técnica e instrumentos	28
8.5 Procesamiento de la información	28
Resultados	33
Discusión	62
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
10. Referencias Bibliográficas	70
11. Anexos	75

Resumen:

Estudiamos factores de riesgo del parto pretérmino en adolescentes del Hospital Cesar Garayar García entre julio y diciembre del 2016. Se incluyeron 56 pacientes. La media de la edad fue 16.39 años. La procedencia urbana el 14.3 %, urbano marginal 33.9 % y rural 51.8 %. El 33.9 % tiene educación primaria, el 39.3 % secundaria, 12.5 % superior, 3.6 % superior no universitaria; el 10.7 % sin instrucción. El 28.6% solteras, el 62.5 % convivientes, casadas el 8.9 %. El 64.3 % son católicos. Factores gineco obstétricos, media de la menarquia 12.84 años, edad de inicio de relaciones sexuales 13.91 años. El 26.8% tuvo una pareja sexual, dos el 51.8%, más de dos el 21.4%. El 17.9% realizó abortos anteriormente. Antecedentes de parto pretérmino el 23.2% de pacientes. El 82.1% realizó control pre natal. El 28.6% tuvo control prenatal adecuado.

No se encontró asociación con parto pretérmino anemia, (p 0.551), diabetes (p 0.331), infección de tracto urinario (p 0.594), infección vaginal (p 0.399), asma (p 0.415). Tampoco trastorno de líquido amniótico (p 0.161), ni malformaciones fetales (p 0.108). Si se encontró asociación con pre eclampsia (p 0.034), edad menor de 16 años (p 0.046) y antecedente de parto pre termino (p 0.024). El 37.5% de los recién nacidos fue masculino. Media del peso al nacer 2,537.23 gramos. Mediana de la talla 47 cms. Media de la edad gestacional 34.44 semanas. Adecuado para la edad gestacional el 42.9%, pequeño para la edad gestacional el 55.4%, grandes para la edad gestacional el 1.8%. La media del apgar al minuto 7.93; cinco minutos 9.41. Se encontró sufrimiento fetal agudo en el 19.6%.

Palabras clave: factores de riesgo, parto pretérmino, adolescentes.

Abstract:

We studied risk factors of preterm delivery in adolescents at the Cesar Garayar Garcia Hospital between July and December 2016. 56 patients were enrolled. The average age was 16.39 years. The urban origin in 14.3%, urban marginal 33.9% and rural 51.8%; 33.9% have primary education, 39.3% secondary, 12.5% higher, 3.6% higher non-university; 10.7% without instruction; 28.6% unmarried, 62.5% cohabiting, married 8.9%; 64.3% are Catholics. Obstetric gynecological factors, mean of the menarche 12.84 years, initiation of sexual relations 13.91. 26.8% had one sexual partner, two 51.8%, more than two 21.4%. 17.9% performed abortions previously. Antecedents of preterm labor 23.2%; 82.1% performed prenatal control, 28.6% had adequate prenatal control.

No association was found with preterm delivery anemia, (p 0.551), diabetes (p 0.331), urinary tract infection (p 0.594), vaginal infection (p 0.399), asthma (p 0.415). Neither amniotic fluid disorder (p 0.161) nor fetal malformations (p 0.108). There was an association with pre-eclampsia (p 0.034), age under 16 years (p 0.046) and antecedent of preterm delivery (p 0.024). The newborn, 37.5% was male. The average birth weight 2,537.23 grams. Medium size 47 cms. Mean gestational age 34.44 weeks. Appropriate for gestational age 42.9%, small for gestational age 55.4%, large for gestational age 1.8%. The average of the apgar at minute 7.93, at five minutes 9.41. Acute fetal distress was found in 19.6%.

Key words: risk factors, preterm delivery, adolescents.

CAPITULO I

Título

Factores de Riesgo del parto Pretérmino en Adolescentes atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio a diciembre del 2016

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la actualidad unos de los problemas que sigue afectando a la población mundial, con un porcentaje de 5 al 12% a la sociedad Peruana y sobre todo Loretana con una tasa de 32.8%, es el embarazo en adolescentes que es un gran problema en la Salud Publica por ser de alto riesgo, y que dentro de las complicaciones puede conllevar al parto Pretermino que es una de las complicación con mayor frecuencia en gestantes adolescentes, las cifras indican que Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos.

A nivel mundial, la prematuridad es la principal causante de la morbilidad y mortalidad perinatal. En los últimos años ha sido alarmante el aumento del porcentaje de embarazos en adolescentes. Se deben examinar múltiples factores, además de la causa obvia que es la existencia de una iniciación sexual a edades tempranas. Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección de “embarazo de alto riesgo”, han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de partos prematuros.

Según la OMS indica que más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto y que las complicaciones relacionadas con la prematuridad, son la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, lo que tuvo como resultado en 2015 cerca de un millón de muertes.

El parto prematuro no sólo tiene graves repercusiones en la morbimortalidad perinatal e infantil, sino que además representa un verdadero desafío al sistema de salud pública. Se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 %-10 % de todos los nacimientos. En general, en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos.

En Perú su Incidencia de amenaza de parto Pretérmino ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. La dificultad en el diagnóstico certero de amenaza parto pretérmino, es la mayor

limitación en la evaluación. La identificación oportuna de factores de riesgo de parto Pretérmino es imprescindible para indicar un manejo adecuado y así poder tener un producto de mayor madurez y peso, como es el objetivo final de la obstetricia cuidar el binomio madre hijo.

A pesar de los grandes avances de la medicina moderna, y el enfoque que se da a los embarazos adolescentes es alarmante el incremento del mismo por lo que constituye un reto y punto de atención continua poder detectar a tiempo una amenaza de parto Pretérmino.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

2.1.1 PROBLEMA GENERAL:

¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian al parto Pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos en el periodo julio-diciembre del año 2016?

2.1.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con parto pretérmino según: tipo de adolescencia, edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, distrito de residencia?
2. ¿Cuáles son las características gineco-obstétricos de la gestante adolescente con parto pretérmino, tales como: menarquia, paridad, gestaciones, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, control prenatal, control prenatal antecedente de parto pretermino, abortos previos, tipo de parto?
3. Cuáles son las características de los recién nacidos de gestantes adolescentes con parto pretermino.
4. Cuál es la relación entre las características sociodemográficas, gineco-obstetricas y del recién nacido con el parto pretermino en gestantes adolescentes

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo que se asocian al parto Pretérmino en adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos en el periodo julio a diciembre del año 2016

3.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con parto Pretérmino según: tipo de adolescencia, edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, distrito de residencia.
2. Identificar las características gineco-obstétricas de las gestantes adolescentes con parto pretermino, tales como: menarquia, paridad, gestaciones, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, control prenatal, control prenatal antecedente de parto pretermino, abortos previos, tipo de parto.
3. Identificar las características de los recién nacidos de las gestantes adolescentes con parto pretermino.
4. Relacionar las características sociodemográficas, gineco-obstetricas y del recién nacido con el parto pretermino en gestantes adolescentes

4. Justificación de la investigación.

La importancia de esta investigación radica en la gran problemática que representa el parto pretérmino para la Salud Pública. Se debe tener en cuenta que el parto pretérmino es responsable del 75 % de la mortalidad neonatal y los que sobreviven en su mayoría presentan múltiples secuelas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y en la edad adulta, pues con frecuencia ocurren discapacidades neurológicas dando como resultado limitaciones físicas, lo cual influye negativamente en su adaptación social y en la salud del recién nacido prematuro.

También implica gastos importantes en la Salud Pública por la necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales y emocionales en las familias y comunidades. El perfil epidemiológico de la población adolescente ha cambiado durante los últimos años, y hoy en día somos testigos de la problemática que el grupo adolescente enfrenta; aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. Tener un embarazo, y tener que lidiar con los cambios propios de la misma, entre otros problemas, muchos de los cuales tienen raíces comunes multifactoriales y requieren atención de diversa índole en particular de salud. |

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero durante la adolescencia conduce a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, por lo que constituye un problema que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino también del futuro por las complicaciones que genera. El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo en la adolescencia ha dirigido la atención de esta investigación hacia este sector de la sociedad. Por que el embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, para un accionar adecuado y a tiempo

El parto pretérmino 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% ^{5,8}; conjuntamente con las tasas de morbilidad neonatal y materna,

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, se ha encontrado una prevalencia de 8,5% para 2010 y de 10% para el 2013. Es por ello de la importancia de estudiar a los principales factores de riesgo, por separado, y encontrar maneras de prevenir o encontrar soluciones, y así evitar el parto pretérmino.

Surge entonces la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian al parto Pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos en el periodo julio- diciembre del año 2016?

5.Marco Teórico

5.1 Antecedentes de estudio

Guadalupe Huamán (2017) Determinar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pre término en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Conocer los factores de riesgo asociado a parto pre término contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención de la gestante en riesgo de parto pre término y de colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbilidad neonatal.

El Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 de los cuales se divide en casos a las gestantes con parto pre término y controles a las gestantes sin parto pre término. Se realizó un análisis univariado y bivariado, mediante SPSS Statistics V 24. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pre término mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Los resultados fueron: La edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pre término (OR:2.579). Los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto pre término son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario.

Hinostroza Bocanegra (2017) Determina los factores clínicos asociado a amenaza de parto Pretérmino en gestantes del servicio de Gineco – Obstetricia. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal en historias clínicas de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto Pretérmino del Hospital de baja complejidad Vitarte. Se analizaron 100 historias clínicas, se dividieron en dos grupos, un grupo estuvo constituido por 50 gestantes con gestaciones Pretérmino expuestas a los factores de riesgo y que desarrollaron amenaza de parto Pretérmino y el otro

estuvo constituido por 50 gestantes con gestación Pretérmino expuestas a los factores de riesgo pero que no desarrollaron amenaza de parto Pretérmino. Se realizó el análisis mediante SPSS Statistics V 24 se cruzaron las variables, ITU y APPT, RPM y APPT, Hemorragia de la 2da mitad del embarazo y APPT, Gestación múltiple y APPT, Pre-eclampsia y APPT, también se estudió las características sociales de la población (edad, grado de estudios, estado civil).

Los factores de riesgo que encuentro estadísticamente significativos para desarrollar amenaza de parto Pretérmino fueron la edad materna de alto riesgo Obstétrico (OR = 2.48 p = 0.034 IC 95% 1.05 - 5.85), la hemorragia de la segunda mitad del embarazo (OR = 3.91 p = 0.037 IC 95% 1.00 - 15.22) y la presencia de infección del tracto urinario (OR = 3.22 p = 0.005 IC 95% 1.41 - 7.35). El tipo de edad gestacional en el que se presentan con mayor frecuencia es de tipo moderado [rango 30 – 33.6 semanas].

Los principales factores de riesgo para desarrollar amenaza de parto Pretérmino fueron edad materna mayor de 19 años, presencia de Infección del tracto urinario y presencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

Manrique Leal Mateos, (Costa Rica, 2015) Identificó los principales factores de riesgo que inducen un parto pretérmino en pacientes adolescentes. Se realizó un estudio observacional de corte transversal, mediante el análisis secundario de la base de datos del estudio original “Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia de un Hospital en el 2010”. Las variables relacionadas con el control prenatal se categorizaron según la dicotomía Sí/No, y mediante una regresión logística, se estimó la razón de probabilidades ajustada en cuanto a la presencia de parto pretérmino, que obtuvo como respuesta la edad promedio de las pacientes fue de 16,6 años (DE + 1,6). El parto pretérmino se presentó en el 13,3% de los casos (n = 48, IC 95% 10,1- 17,4).

Las enfermedades médicas asociadas al embarazo (OR 3,5, IC 95% 1,3-9,6), la multiparidad (OR 3,6, IC 95% 1,3-10,3) y la falta de un control prenatal adecuado (OR 10,1, IC 95% 3,2-32,3) fueron las principales variables independientes para la presencia de un parto pretérmino. Como conclusiones las enfermedades médicas asociadas al embarazo, la presencia de 2 o más embarazos y la falta de un control

prenatal adecuado, fueron las principales variables independientes para la predisposición a un parto pretérmino en la población de adolescentesⁱ.

Bermúdez (Venezuela, 2013) El objetivo de su investigación fue relacionar los factores psicosociales y las complicaciones obstétricas de las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal y sala de parto de un Hospital. Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva, correlacional y transversal con un diseño no experimental. Se incluyeron 63 adolescentes embarazadas con predominio de pacientes entre los 17-19 años, primigestas, menarquía entre los 13-14 años, sexarquia entre los 14-16 años, en unión libre, con escolaridad secundaria incompleta, procedencia urbana, católicas, amas de casa y parejas de menos de 20 años, los factores psicosociales de riesgo identificados fueron: acceso a los medios de comunicación social (93,6%), deserción escolar (74,6%), nivel socioeconómico bajo (55,5%), embarazo no deseado (46,0%), desconocimiento de planificación familiar (42,9%), rechazo familiar (38%), ausencia de información sexual en el hogar (31,7%), disfunción familiar (28,5%) y ausencia de normas de conducta (25,3%).

Las complicaciones del embarazo fueron: Anemia (30,2%), Infección de las Vías Urinarias (28,7%), Síndrome Hipertensivo del embarazo (14,3%), Trabajo de Parto Pretérmino (6,3%), Amenaza de Aborto (3,1%) y Síndrome HELLP (1,5%). El parto vaginal presentó la mayor prevalencia (85,7%) en comparación con el parto por cesárea (14,3%). Las complicaciones del puerperio fueron: Anemia (23,8%) y el 76,2% ninguna. Entre las complicaciones fetales se observó: Sufrimiento Fetal Agudo (4,7%), Restricción del Crecimiento (1,5%) y Malformaciones Congénitas (1,5%). Conclusión: Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los factores psicosociales y las complicaciones obstétricasⁱⁱ.

Menéndez Guerrero, Navas Cabrera, Hidalgo Rodríguez, (Cuba, 2012), Disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes, se realizó un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en un Policlínico durante el período de enero de 2009 a enero de 2010.

El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario creado al efecto, según literatura revisada, este se convirtió en el registro primario de la información e incluyó variables como: concepto de adolescencia, edad de las primeras relaciones sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, motivos por los que continuaron con el embarazo y complicaciones fundamentales en la adolescente embarazada.

Se obtuvieron los siguiente el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. Se lograron transformaciones positivas en el conocimiento de cada uno de los temas impartidosⁱⁱⁱ.

Manrique (Venezuela, 2008) determinó la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, durante el año 2005, patologías asociadas y complicaciones perinatales. Con Estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se hizo revisión de historias clínicas. Ambiente de un Hospital, los resultados 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 %) y complicaciones perinatales (38,2 %). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas ($P < 0,05$). Conclusión: La pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo en adolescentes^{iv}.

Luis Alberto Villanueva (México, 2008) menciona que el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para

las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis.

No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social^v.

Héctor Oviedo Cruz (México 2007), describió la frecuencia de nacimientos pretérmino y las condiciones maternas, obstétricas o fetales diferentes de los casos espontáneos en una clínica de adolescentes embarazadas. El estudio fue descriptivo dentro de una cohorte de casos consecutivos. Se denominó nacimiento pretérmino al ocurrido entre las semanas 20 y 36 de gestación. Se definió como causa aparente a la condición materna, obstétrica o fetal que desencadenara el trabajo de parto de manera directa o que fuera indicación de interrupción del embarazo. Se distinguió al trabajo de parto pretérmino espontáneo.

La tasa de prematuridad fue de 10.8% (252/2,326): 0.8% entre las 20 y 27 semanas (19/2,326), 3.3% de 28 a 33 (77/2,326) y 6.7% de 34 a 36 (156/2,326) semanas de gestación. Hubo trabajo de parto espontáneo en 39.3% (99/252) de las pacientes; los principales desencadenantes fueron: rotura prematura de membranas en 18.7% (47/252), pre eclampsia-eclampsia, 10.3% (26/252); parto gemelar, 10.3% (26/252); restricción del crecimiento intrauterino, 5.6% (14/252) y defectos congénitos en 5.6% (14/252). Se reportaron 34.9% (88/252) condiciones obstétricas, 25.4% (64/252) fetales y sólo una condición materna (0.4%). Se resolvieron por vía vaginal en 40.5% (102/252) y con fórceps en uno de cada cinco casos. Las clínicas especializadas con intervenciones basadas en pruebas y orientadas a problemas (adecuadas al contexto clínico de cada paciente) deben estar en constante actualización, ya que puede conseguirse una tasa de prematuridad comparable con la

de población sin riesgo, con alta proporción de nacimientos en edad gestacional con mejor pronóstico neonatal^{vi}.

Baeza, Vásquez y Muñoz, (Chile 2007), determinaron los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas. Se estudió cualitativo de casos, en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco, Chile. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales. Para el análisis se utilizó el programa ATLAS-ti 4.1. Se trianguló por investigador en la ejecución del estudio y análisis de los datos.

Los resultados que aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): “amor romántico”, no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida; en la dimensión familiar: “familia cuidadora” y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es “sanción social”.

Concluyen que destacan como FFE relevantes el “amor romántico” y los límites polares familiares. Como FPE, la capacidad de reflexión y “familia cuidadora”. Estos elementos debieran ser considerados en la prevención del embarazo no planificado en población adolescente.

Ulanowicz (2006) menciona que el embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo

de morbilidad y mortalidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía. Las medidas preventivas están orientadas a tres niveles: a prevenir el embarazo, a prevenir los riesgos cuando la joven ya está embarazada y al control de la evolución del niño y sus jóvenes padres.

Valdés Dacal, Essien, Bardales Mitac, (Cuba, 2002) Se realizó un estudio de casos y controles para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en un hospital, desde el 1ro. De enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. El bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo.

5.2 Bases teóricas

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁸⁾ se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad. Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal ⁽⁹⁾.

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

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

Según Villar J y col. ⁽¹¹⁾ se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 %-10 % de todos los nacimientos. Asimismo, en Venezuela Díaz y col. ⁽¹²⁾ afirman que ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad ⁽¹³⁾. Su relevancia clínica radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil.

El nacimiento Pretérmino puede hacer que el parto no sea un acontecimiento alegre sino que constituya el inicio de un camino de incertidumbre y problemas de salud, donde las limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo pueden estar presentes ⁽¹⁴⁾. Existen diversos factores que contribuyen o están relacionados con el aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos, que a esta edad pueden traer consecuencias adversas, aumentando la fecundidad, tales son: una relevante precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la falta de información y de uso de los anticonceptivos, y un ambiente familiar inadecuado, así como la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente ⁽¹⁵⁾.

De acuerdo a las estadísticas reseñadas por López ⁽¹⁶⁾, en los países de las regiones de la América Latina y del Caribe, a pesar de no existir un patrón único de la tasa de fecundidad en las adolescentes, se estima que está entre 140 x 1 000 nacidos vivos para Nicaragua y algo más de 40 x 1 000 para Cuba y otras Islas del Caribe, en Paraguay se aproxima al 100 x 1 000 y en Venezuela la tasa de fecundidad ronda el 80 x 1 000.

Un estudio realizado en Perú por Germain y Oyarsun ⁽¹⁷⁾ que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14701 partos; 2 732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2 523 adolescentes tardías. Se encontró que 2 159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4 % y 9 % en adolescentes tardías.

En Colombia, en el año 2003, Bojanini y Gómez (18) realizaron un trabajo para describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas entre junio de 2000 y octubre de 2001. El 28,6 % de las pacientes eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un porcentaje importante de pacientes no había hecho control prenatal. El 53,6 % de las adolescentes presentaron parto pretérmino. En las adolescentes hubo menos preeclampsia severa, pero más casos de eclampsia en general que en las adultas. La rotura prematura de membranas ovulares se presentó más frecuentemente en las adolescentes.

Un estudio realizado por Agüero y Avilán (19) señala que para 1995 ocurrían en el país 100 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años y que en promedio 18 % de los nacimientos registrados anualmente provenían de madres adolescentes. Mientras la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (20) en el quinquenio del 2000 – 2005 señala que de los 133 millones de embarazos, que ocurrieron a nivel mundial, 14 (10,5 %) fueron de madres entre 15 y 19 años. Ubicándose el mayor porcentaje de los mismos en África, América Latina y el Caribe. El 16 % de los nacimientos fueron de madres adolescentes, siendo Chile el país con menor porcentaje (10,2 %) y Venezuela el país con mayor frecuencia (20,5 %). Faneite y col. ⁽²¹⁾, encontraron que 17,08 % (69/404) de las embarazadas con parto prematuro tenían 19 años o menos.

En otro trabajo donde analizaron la incidencia de infecciones urinarias en las amenazas de parto prematuro, encontraron un 68,69 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 19 años y menos con 29,59 % (22) (23).

Por sus consecuencias médicas, psicológicas, y por su repercusión económica; el parto pretérmino constituye un importante problema de salud pública, representando hasta un 35% del total de gastos en cuidados a la salud infantil ⁽²⁴⁾.

En las últimas tres décadas de los años 1900s la incidencia de parto pretérmino espontáneo se mantuvo constante, variando entre el 5,9% al 10, 7% del total de partos, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (25). Sin embargo; a la fecha existe evidencia confiable que el parto pretérmino está aumentando (26). En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% (27,28) 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% (29); conjuntamente con las tasas de morbi-mortalidad infantil y materna.

Contribuyen a este cuadro desalentador: el insuficiente arsenal terapéutico, únicamente sintomático; y la ausencia de criterios confiables para la selección de poblaciones en alto riesgo de parto pretérmino; a pesar de las estrategias de predicción desarrolladas para pacientes sintomáticas y asintomáticas (30). Esto, debido a que el parto pretérmino según las evidencias, es causado por múltiples factores que excepcionalmente actúan de forma aislada; y que al gravitar conjuntamente inducen el nacimiento de un prematuro ⁽³¹⁾.

En la actualidad y a escala mundial, el embarazo ocurre a edades más tempranas que en el pasado, como lo demuestran numerosos trabajos científicos (32,33), y Perú no se escapa de esta realidad. Según ENDES 2000, del total de adolescentes de 15 a 19 años cerca de 175 mil ya son madres o están embarazadas por primera vez, lo que equivale a un 13% de la población. Desde el punto de vista médico el embarazo en la adolescencia se comporta con mayores riesgos de complicaciones para la salud materna y de su producto, y son canteras de complicaciones obstétricas tales como: anemia, trastornos hipertensivos del embarazo, incompetencia cervical y predisposición al parto distócico, factores estos que contribuyen a aumentar la mortalidad maternoinfantil, o a dejar secuelas en la salud del niño para toda la vida, como son el retraso mental y el desarrollo neurológico deficiente, secuelas de la prematuridad (34,35). La etiología del parto pretérmino permanece desconocida, la predicción carece de especificidad, la profilaxis es inútil, el diagnóstico es difícil y los riesgos de la terapia tocolítica todavía son debatidos.

Recientemente se ha enfatizado en el concepto de heterogeneidad de las causas de parto pretérmino (36), resaltando que se puede deber a una variedad de factores relacionados entre sí, los que incluyen infecciones (vaginosis bacteriana, enfermedades de transmisión sexual, infecciones de las vías urinarias, corioamnionitis), distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios), distorsión uterina (anormalidades de los conductos de Muller, miomas uterinos), compromiso estructural del soporte cervical (incompetencia cervical, antecedente de cono frío o por excisión electroquirúrgica en asa), desprendimiento prematuro de placenta, e insuficiencia uteroplacentaria (hipertensión, diabetes insulino dependiente, drogadicción, tabaquismo y alcoholismo). ^(25, 37, 38, 39,40)

El parto pretérmino también se asocia con situaciones vivenciales estresantes (violencia doméstica, pérdida familiar, inseguridad emocional) indirectamente por asociación con conductas de riesgo o directamente por mecanismos no entendidos completamente. A pesar de los esfuerzos para reducir el grave problema de salud pública que constituye el embarazo en adolescentes, éste sigue siendo un reto para el sistema de salud, las familias afectadas, el sistema educativo, y la sociedad en su conjunto; debido a que el embarazo y la maternidad en la adolescencia son factores de riesgo para pobres resultados médicos, educacionales y psicosociales para la joven madre y sus hijos ^(29,41).

La Organización Mundial de la Salud estima que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble para las mujeres entre 15 a 19 años que para las mujeres de 20 a 24 años. Para las adolescentes de 10 a 14 años, la tasa de mortalidad materna puede llegar a superar hasta cinco veces la de las mujeres embarazadas que tienen entre 20 a 24 años ^(26, 29,42).

Aquí hay que señalar que lamentablemente ocurren embarazos como producto de violaciones y con frecuencia el agresor sexual se halla dentro de la propia familia, lo que agrava el panorama de violencia intrafamiliar ⁽⁴³⁾. Los problemas de salud más visibles que afectan a la mujer adolescente embarazada, particularmente a las más jóvenes, están asociados con un incremento de complicaciones médicas, que incluyen: la anemia, malnutrición, hipertensión, eclampsia, parto prolongado u obstruido con trauma obstétrico y obvio daño cerebral para el niño debido al desarrollo óseo incompleto de la joven, entre otros ⁽²⁹⁾. En muchos casos, estos embarazos de alto riesgo no son controlados y las parturientas acuden al hospital recién en labor de parto, poniendo en riesgo su vida y la del niño, además de causar alteraciones en los servicios de atención que prácticamente tienen que trabajar a ciegas en su intervención. Por otro lado, los hijos de madres adolescentes suelen ser prematuros o tienen bajo peso al nacer, lo que explica la elevada tasa de mortalidad infantil en esta población. La incidencia de bajo peso al nacer es más del doble que la encontrada en gestantes adultas; y en adolescentes menores de 17 años de edad la incidencia de parto pretérmino aumenta en un 50% ^(29, 42,44).

Según Romero ⁽⁴⁵⁾, el parto pretérmino no es una entidad clínica única, sino que es un síndrome, y un camino común en el que confluyen una serie de etiologías distintas capaces de poner en marcha el complicado proceso del inicio del parto. Cuando se compara gestantes adolescentes con adultas, es más probable que las primeras vivan en pobres condiciones sociales, y tengan limitado control prenatal. Por lo tanto, frecuentemente, se ha señalado a los factores sociales

como el determinante más importante del riesgo incrementado de resultados obstétricos adversos entre adolescentes ⁽⁵⁶⁾.

Sin embargo, también hay estudios que indican que la adolescencia per se, independientemente de los factores socioeconómicos y estilos de vida, incrementa los riesgos de resultados obstétricos pobres ⁽⁴⁷⁾. Las adolescentes frecuentemente son de menor peso y estatura que las mujeres adultas. Como el crecimiento en la adolescencia no se detiene, las adolescentes requieren más nutrientes durante el embarazo. Tales factores antropométricos reflejarían la inmadurez biológica materna, y también están asociados con parto pretérmino (48,35,36). Los demás factores de riesgo se comportan de la misma manera tanto en la gestante adolescente como en la adulta.

Se han enumerado un buen número de factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino, la mayoría de los cuales no son modificables mediante una acción preventiva o terapéutica. Los que se citan con mayor frecuencia pueden agruparse en cuatro grandes áreas: riesgo demográfico, riesgo conductual, riesgo médico y obstétrico previo al embarazo y riesgo del embarazo actual ⁽⁴⁹⁾. El riesgo relativo asociado a cada uno de estos factores es variable. Los que parecen tener un vínculo más firme son la raza y el nivel socioeconómico entre los demográficos, el tabaquismo entre los conductuales; el parto pretérmino, los abortos del segundo trimestre y las anomalías cervicales y uterinas entre los médicos y obstétricos previos al embarazo y la gestación múltiple, las anomalías placentarias y las hemorragias entre los del embarazo actual ^(49,43). Los dos factores que con más intensidad se relacionan con parto pretérmino son el embarazo múltiple y el antecedente de prematuridad ^(43,45) ⁽⁵⁰⁾.

Definición de Adolescentes

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazo en adolescentes.

Etapas de la Adolescencia:

Adolescencia Temprana:

Edad de 11 -13 años, Grandes cambios funcionales (menarquia), Pierde interés por los padres, Inicia amistad con individuos del mismo sexo, Aumentan fantasías y no controlan impulsos, Gran preocupación por su apariencia física.

Adolescencia Media:

Edad de 14 a 16 años, Completa crecimiento y desarrollo somático, Máxima relación con sus amigos y máximo conflicto con sus padres, Inicio de actividad sexual, Se sienten invulnerables, Conductas omnipotentes generadoras de riesgos.

Adolescencia Tardía:

Edad de 17 a 19 años, Aceptan su imagen corporal, Se acercan nuevamente a los padres, Se aleja de los amigos y se acerca más a la pareja.

Embarazo en la Adolescencia:

Es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas. (Osorio, 2014)

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes.

Embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. La adolescencia junto con la pubertad, conforma una etapa del desarrollo físico que se prolonga desde el término

de la edad escolar hasta los primeros años de la edad adulta, considerándose etapas de transición tanto social como fisiológica y psicológica. Durante la adolescencia el marcado crecimiento y desarrollo se acompañan de la maduración sexual y de modificaciones en la composición corporal, lo que implica la participación de importantes cambios metabólicos^{vii}.

Inicio Temprano de Relaciones Sexuales:

En lo referente a la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados.

Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal. El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos. (Osorio, 2014)

Factores de Riesgo Asociados al Embarazo en Adolescentes:

Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Definición de Parto Pretérmino:

Trabajo de parto prematuro. es la presencia de dos o más contracciones uterinas en diez minutos durante 30 minutos, asociada a modificaciones cervicales (dilatación mayor de tres centímetros y/o borramiento mayor 80%). (Guía clínica de prevención de parto prematuro, 2010).

Se denomina parto Pretérmino desde las 22 semanas hasta las 36 semanas de gestación, El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso puede ser causada por un conjunto de condiciones clínicas ocurridas en la actualidad o en embarazos anteriores. Entre estas la mayor importancia en la población de estudio son: infección del tracto urinario, la preeclampsia, la vulvovaginitis, la edad materna externa, numero de control prenatal y peso pre gestacional.

Amenaza de Parto Pretérmino:

La amenaza de parto Pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. (Solís Granados, 2014)

El diagnóstico de amenaza de parto prematuro o síntoma de parto prematuro se basa en la presencia de dinámica uterina y de modificaciones cervicales. Los criterios diagnósticos son dinámica uterina 1 a 2 contracciones en 10 minutos por 30 minutos más borramiento de 50% ó más y/o dilatación de 1 cm. Reconociendo que no existe consenso universal en ellos. La falta de consenso se explica pues en cerca del 50% de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro las contracciones uterinas desaparecen sin necesidad de tratamiento. (Guía clínica de prevención de parto prematuro, 2010).

Clínica de la amenaza de parto pretérmino

La sintomatología de la amenaza parto pretérmino suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa. No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de la amenaza de parto pretérmino, pero las contracciones han de ser

persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación.

Factores de Riesgo del Parto Pretérmino:

Riesgo para que se desarrolle la amenaza de parto prematuro de los cuales muchos de ellos terminan en partos prematuros, dichos factores son relativamente independientes a los factores biológicos o fisiológicos que inducen a un parto prematuro. Amenaza de parto pretérmino, las gestantes que tienen problemas con su situación económica, emocional, vivencias traumáticas y una mala relación con su pareja tienen una tendencia significativa para el desarrollo de amenaza de parto prematuro, partos prematuros propiamente dichos y bebés con bajo peso al nacer. (Solís Granados, 2014)

Los problemas de salud más visibles que afectan a la mujer adolescente embarazada, particularmente a las más jóvenes, están asociados con un incremento de complicaciones médicas, que incluyen: la anemia, malnutrición, hipertensión, eclampsia, parto prolongado u obstruido con trauma obstétrico y obvio daño cerebral para el niño debido al desarrollo óseo incompleto de la joven, entre otros.

En muchos casos, estos embarazos de alto riesgo no son controlados y las parturientas acuden al hospital recién en labor de parto, poniendo en riesgo su vida y la del niño, además de causar alteraciones en los servicios de atención que prácticamente tienen que trabajar a ciegas en su intervención. Por otro lado, los hijos de madres adolescentes suelen ser prematuros o tienen bajo peso al nacer.

A estos aspectos se añaden los inadecuados hábitos alimentarios de las adolescentes, desordenados y desequilibrados tanto en cantidad como en calidad de energía y nutrientes. Muchas chicas jóvenes limitan de forma severa su ingesta de alimentos para estar delgadas y conseguir una imagen corporal que, en ocasiones, se acerca más al modelo anoréxico que al fisiológico. Este comportamiento supone un riesgo nutricional adicional para las adolescentes embarazadas, tanto por un bajo peso antes del embarazo, lo que se asocia con mayores riesgos perinatales, como por su incapacidad para reunir las necesidades nutricionales adecuadas en su correcto crecimiento. (Carmen Lucero, Ecuador, 2013).

Las anomalías placentarias, anomalías morfológicas como placenta marginal, placenta circunvalada y la inserción marginal del cordón umbilical se asocian frecuentemente al trabajo de parto pretérmino, placenta previa. (Paredes, 2010)

Según la OMS en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial y en el 2016 informan que todos los años nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término; lo cual nos dice, más de uno en 10 nacimientos. De los 65 países que contienen datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado una elevación en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años lo cual está relacionado a múltiples factores. (51,52)

India, China y Nigeria ocupan los tres primeros lugares dentro de los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Más del 60% de los nacimientos prematuros se presentan en África y Asia meridional, significando un problema mundial. (51)

La incidencia en América Latina es del 9%, E.E.U.U. 7,4% Japón. 4% y Bangladesh 50%. (53)

Dentro de los países de recursos bajos, una media del 12% de los niños nace proveniente de parto pretérmino comparado al 9% en los países de recursos más altos, (51) lo cual está relacionado a factores de riesgo asociados a parto pretérmino; como los factores sociales, factores demográficos, antecedentes obstétricos, patologías asociadas al embarazo y hábitos nocivos.

Las tasas de supervivencia de los prematuros muestra notables diferencias entre los diversos países del mundo dependiendo de los recursos económicos. Más de un millón de niños prematuros fallecen cada año debido a complicaciones en el parto como síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizantes entre otros.

A nivel mundial, la prematuridad es primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. (51)

En América Latina 35,000 niños y niñas mueren por año debido a complicaciones del nacimiento prematuro refiriendo que Brasil encabeza la lista de países con la mayor cantidad de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro, seguido por México, Colombia, Argentina, Venezuela, Perú, Guatemala, Bolivia y Ecuador. En algunos países de América Latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Chile con 27.1 %; Argentina, 26.0 %; Venezuela, 24.6 %; Colombia, 23.1 %; Brasil, 21.9 %; Nicaragua, 20.6 %; Ecuador 19.7%, Perú 19.6 % México 18.5 %; Bolivia, 15.3 % y Guatemala 12.6 %. (54)

En el Perú el Parto pretérmino se presenta en el 5 - 10% de embarazos. Y que sólo el 20% de las gestantes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino concluyen en un parto pretérmino además manifiestan que es causa del 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y del 50% de los daños neurológicos. (55)

Los Partos Pretérmino, en todas las regiones nacen en su mayoría con 32 a más semanas de gestación. Las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos. (56)

Esto está relacionado a diversos factores como la edad ya que en zonas del Perú es frecuente el embarazo en adolescentes lo cual es predisponente de parto pretérmino por las condiciones de la gestante, control prenatal inadecuado o patologías asociadas al embarazo que no pueden ser controladas por diversos motivos entre ellos el acceso a un centro de salud poniendo en riesgo el bienestar materno y fetal lo cual puede provocar la culminación del embarazo antes de las 37 semanas.

Cuando se habla del grave problema del embarazo en adolescentes en el Perú, la incidencia de parto pretérmino se eleva significativamente, hasta un 14 – 16%.⁸ Entre los factores de riesgo más frecuente en el Hospital María Auxiliadora se obtiene que el 40% de las gestantes para parto (57) pretérmino son jóvenes, el 31% tuvo control prenatal inadecuado, el 39% presento enfermedad hipertensiva del embarazo, el 34% tuvo infección del tracto urinario y el 31% tuvo ruptura prematura de membranas. (58) (59).

Definición de términos básicos

Factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Parto pretermino

Nacimiento que se produce antes de la semana treinta y siete del embarazo.

Adolescente

La adolescencia es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad

6.Hipótesis

- | | |
|----------------|---|
| 1 Ho | Existe asociación entre algunas características sociodemográficas y parto pretermino en gestantes adolescentes. |
| H. alternativa | No existe asociación entre algunas características sociodemográficas y parto pretermino en gestantes adolescentes. |
| 2 Ho | Existe asociación entre algunas características gineco.obstetricas y parto pretermino en gestantes adolescentes. |
| H. alternativa | No existe asociación entre algunas características gineco.obstetricas y parto pretermino en gestantes adolescentes. |
| 3 Ho | Existe asociación entre algunos factores del recién nacido y parto pretermino en adolescentes |
| H. alternativa | No existe asociación entre entre algunos factores del recién nacido y parto pretermino en adolescentes. |

7.Variables

7.1 Variables Dependientes

Parto pretermino en gestantes adolescentes

7.2 Variables Independientes

Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes:

Edad

Estado civil

Grado de instrucción

Procedencia

Distrito de residencia

Características gineco.obstetricas de las gestantes adolescentes

Menarquia

Gestaciones

Paridad

Antecedente de parto pretermino

Control prenatal

Abortos previos

Patologías asociadas

Tipo de parto

Características del recién nacido

Sexo

Edad gestacional

Peso

Talla

Relación Peso/Edad Gestacional

Patologías asociadas

8 Aspectos Metodológico

8.1 Tipo de Investigación: estudio analítico, se buscará probar la asociación entre factores considerados de riesgo y parto pretermino en adolescentes.

8.2 Diseño de la investigación

Analítico, retrospectivo.

8.3 Población y Muestra: La población la constituyen todos los gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cesar Garayar García en el periodo de julio a diciembre de año 2016.

Criterios de inclusion

- a. Tener la condición de gestante adolescente,
- b. Haber sido atendida en el Hospital Cesar Garayar García de la ciudad de Iquitos entre julio y diciembre del año 2016.
- c. Historia clínica completa.

8.4 Técnica e instrumentos

Se solicitó la autorización al Director del Hospital para recolectar la información.

Se revisó las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cesar Garayar Garcia de la ciudad de Iquitos entre julio y diciembre del año 2016.

Se elaboró una ficha de recolección de datos, donde se consideran las variables en estudio.

El instrumento se sometió a validez de contenido a través de juicio de experto, y se aplicó una prueba piloto en 15 gestantes adolescentes, quienes no ingresan al estudio.

8.5 Procesamiento de la información

La información obtenida se almacenó en una base de datos, se utilizó un software informático, SPSS 20.

Instrumento de recolección de datos

Los datos requeridos fueron trasladados de la historia clínica al instrumento elaborado para realizar la presente investigación. (Ver anexo 1)

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medida	Valor final	Instrumento de Medición
Edad	Tiempo de vida transcurridos entre su nacimiento y la fecha de realización del estudio	Años cumplidos	Cuantitativa discontinua	Razon	Años	Documento Nacional de Identificación
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de la familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes	Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiende con otros del mismo o diferente sexo y que son reconocidos jurídicamente	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Documento Nacional de Identificación
Procedencia	origen de algo o el principio de donde nace o deriva	origen	Cualitativa	Nominal	distrito	Cuestionario
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	sistema cultural de comportamientos y prácticas, cosmovisiones ética y organización social, que relaciona la humanidad a una categoría existencial	Cualitativa	Nominal	Católica Evangélica Otra	Cuestionario

Control prenatal	El control prenatal es el cuidado médico que recibes de forma periódica durante tu embarazo.	En los primeros meses tus citas son mensuales, y su frecuencia aumenta conforme se acerca tu fecha probable de parto	Cualitativa	Nominal	Nulo Insuficiente Suficiente	Cuestionario
Paridad	Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más o que poseen más de 20 semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad)	número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos	Cualitativa	Nominal	Adecuadas Inadecuadas	Cuestionario
Antecedente de parto pretermino	Parto prematuro anterior	Tuvo parto pretermino con anterioridad	Cualitativa	Nominal	Presente ausente	Cuestionario
Abortos previos	Aborto con anterioridad	Aborto con anterioridad	Cualitativa	Nominal	Presente ausente	Cuestionario
Pre eclampsia	La preeclampsia es una afección propia de las mujeres embarazadas, que se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria,	complicación médica del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo	Cualitativa	Nominal	Presente ausente	Cuestionario
diabetes	La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades	enfermedad que se presenta cuando el nivel de glucosa en	Cualitativa	Nominal	Presente ausente	Cuestionario

	metabólicas donde los niveles de azúcar están muy altos. Incluye diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2	la sangre, también conocido como azúcar en la sangre, es demasiado alto.				
Infección urinaria	La infección de orina está provocada por la invasión de microorganismos en el tracto urinario	existencia de gérmenes e infecciones patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata	Cualitativa		Presente ausente	Cuestionario

Ética

Es un estudio de bajo riesgo en términos de Ética en investigación. Se consideran los documentos de Helsinki y Núremberg en relación a ética en investigación. Se considera la confidencialidad y reserva de la información obtenida.

RESULTADOS

Después de realizar la recolección de la información se procedió al análisis de los datos obtenidos del instrumento ya descrito, de acuerdo a los objetivos planteados el cual se presenta a continuación.

A. ANÁLISIS UNIVARIADO

La población objeto de estudio estuvo constituida por 56 adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García.

El promedio de edad fue de $16,39 \pm 1,6$; siendo la edad mínima de 13 años y la edad máxima de 19 años.

Factores Sociodemográficos De Las Gestantes Adolescentes Con Parto pretermino.

Tabla 1. Clasificación de adolescentes según su edad, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
11 a 13 años (Adolescencia temp)	6	10.7
14 a 16 años (Adolescencia inter)	23	41.1
17 a 19 años (Adolescencia tardía)	27	48.2
Media: 16.39 Min: 13, Max: 19	Mediana: 16	DS: 1.67
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 1, se aprecian los factores sociodemográficos de las gestantes adolescentes con parto pretermino, destacándose que se incluyeron en el estudio a 56 adolescentes con parto pretermino, con una media de 16.39 años, mediana: 16 años, edad mínima: 13 años y edad máxima: 19 años. Asimismo se observa predominio de las adolescentes tardía (17 a 19 años) con 48.2%, seguidas de las adolescentes intermedia (14 a 16 años) con 41.1%. (Tabla 1)

Tabla 2. Distribución de adolescentes según lugar de Procedencia, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	8	14,3
Urbano marginal	19	33,9
Rural	29	51,8
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 2, se observa los resultados de las adolescentes según el lugar de procedencia, y muestra lo siguiente: Predominio de la procedencia rural en el 51.8 %, seguido de urbano marginal con 33.9 % y solo el 14.3% es urbano. (Tabla 2 y grafico 2)

Gráfico 2

Distribución de adolescentes según lugar de Procedencia, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

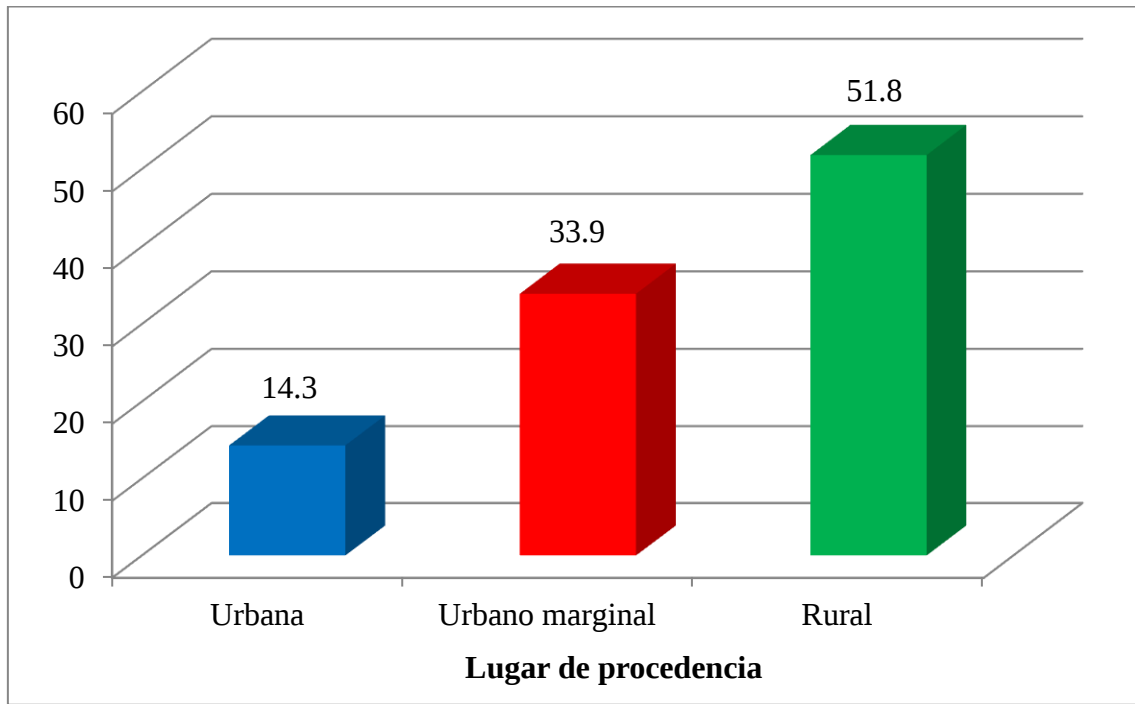


Tabla 3. Distribución de adolescentes según lugar de Residencia, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Iquitos	6	10,7
Belén	15	26,8
San Juan	22	39,3
Punchana	1	1,8
Otros	12	21,4
Total	56	100,0

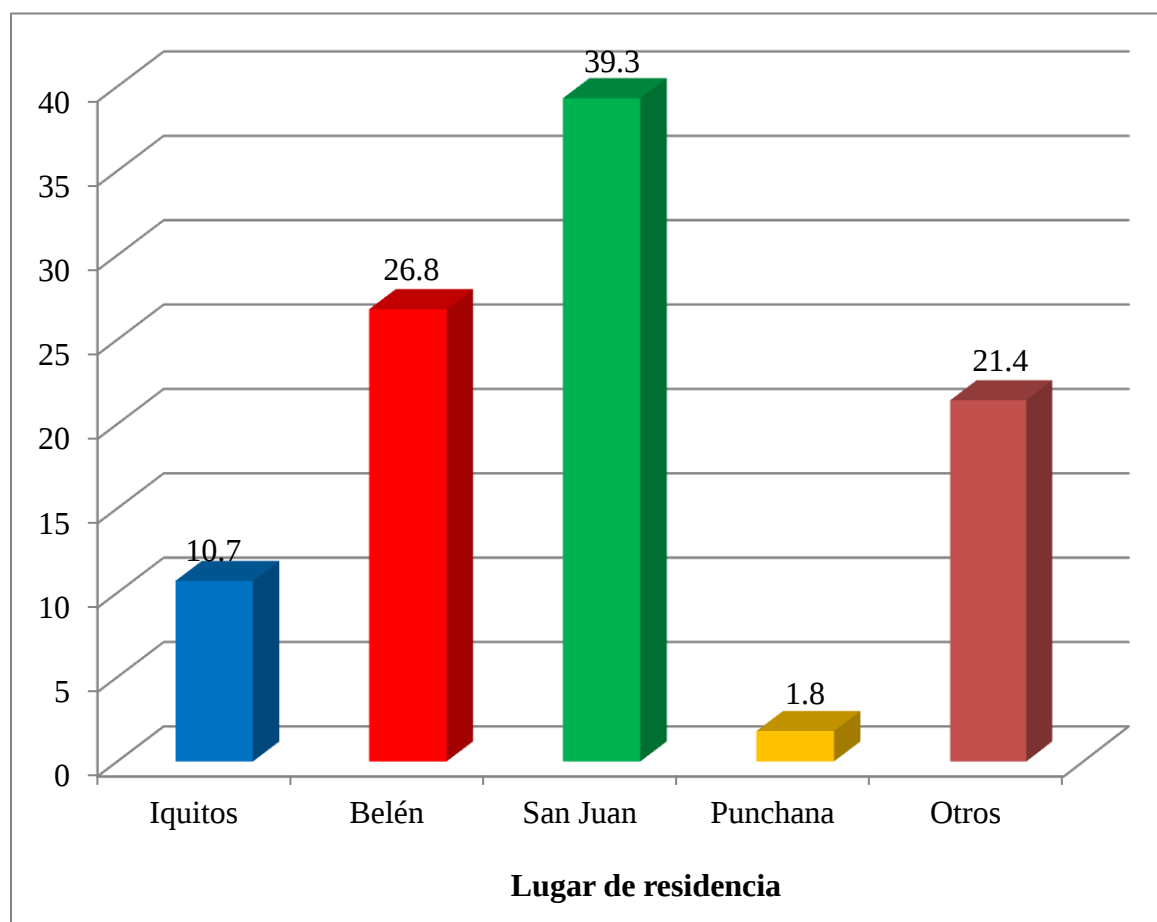
Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 03, se observa los resultados de las adolescentes según el lugar de residencia, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56), el 10,7% (6) son de Iquitos, el 26,8% (15) son de Belén, el 39,3% (22) son de San Juan, el 1,8% (1) es de Punchana; y el 21,4% (12) son de otros lugares de la región.

Gráfico N° 03

Distribución de adolescentes según lugar de Residencia, del servicio de Obstetricia del Hospital
Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016



El distrito de residencia más frecuente es Iquitos con 39.3%, seguido de Belen con 26.8%, San Juan con 10.7% y solo el 1.8% son de Punchana. Se destaca que el 21.4% residen en otros distritos.

Tabla N° 04. Distribución de adolescentes según Grado de Instrucción, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	6	10,7
Primaria	19	33,9
Secundaria	22	39,3
Superior universitaria	7	12,5
Superior no universitaria	2	3,6
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 03, se observa los resultados de las adolescentes según Grado de instrucción, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56), el 10,7% (6) no tienen instrucción alguna, el 33,9% (19) tienen estudios primarios, el 39,3% (22) tienen estudios secundarios, el 12,5% (7) tienen estudios superiores universitarios y el 3,6% (2) tienen estudios superiores no universitarios.

Gráfico N° 04

Distribución de adolescentes según Grado de Instrucción, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

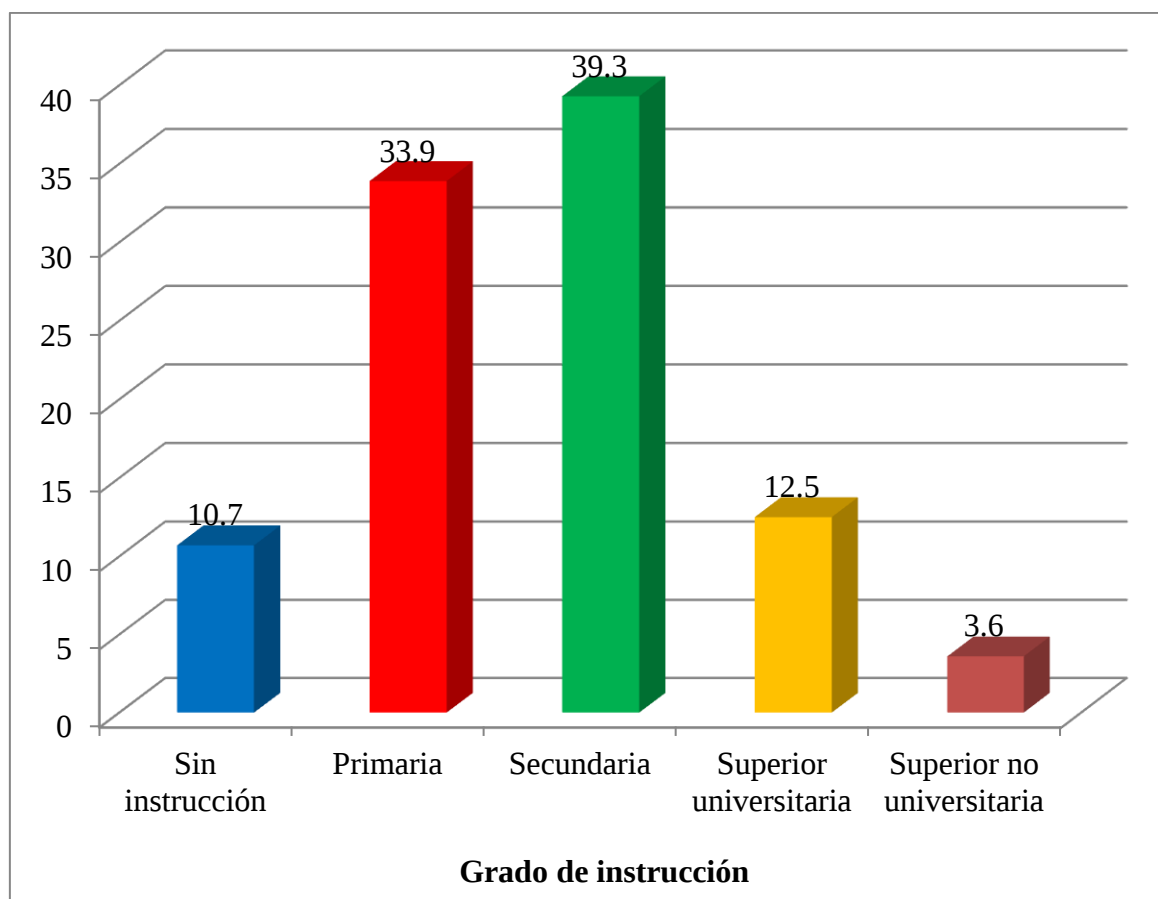


Tabla N° 05. Distribución de adolescentes según Estado civil, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	16	28,6
Casada	5	8,9
Conviviente	35	62,5
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 04, se observa los resultados de las adolescentes según estado civil, y muestra lo siguiente:

En relación al estado civil, el 62.5 % son convivientes, el 28.6 % son solteras, mientras que sólo el 8.9 % son casadas.

Gráfico N° 05

Distribución de adolescentes según Estado civil, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

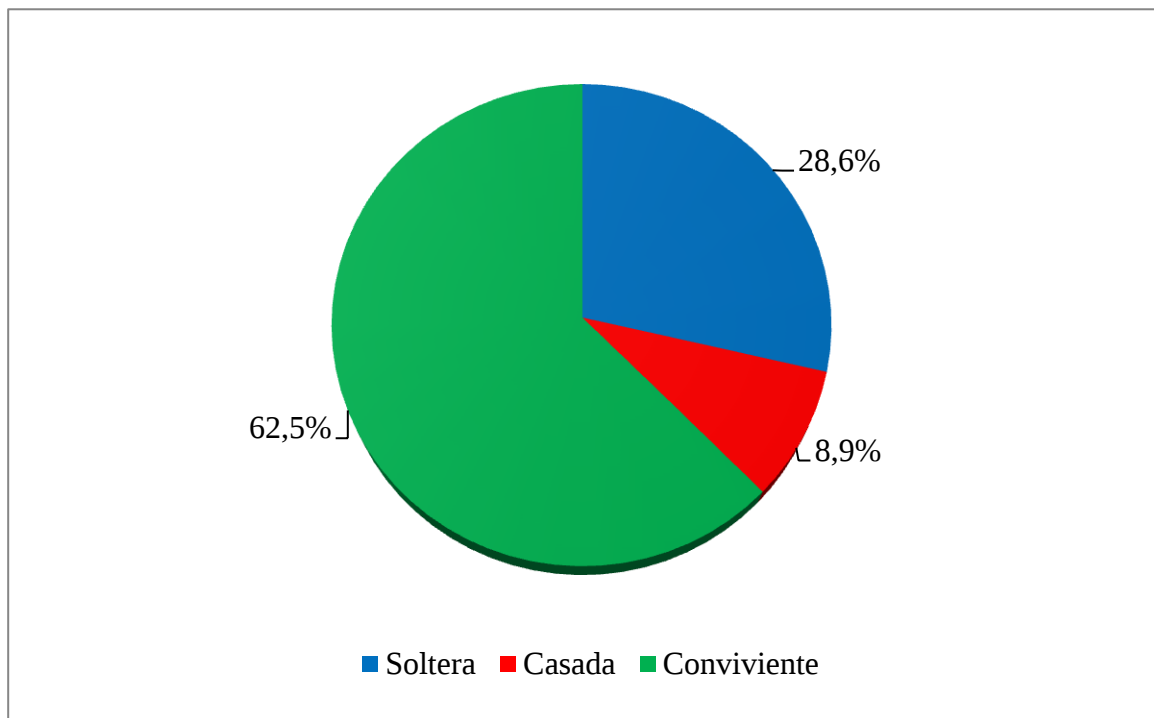


Tabla N° 06. Distribución de adolescentes según Religión, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	36	64,3
Evangélica	12	21,4
Otro	8	14,3
Total	56	100,0

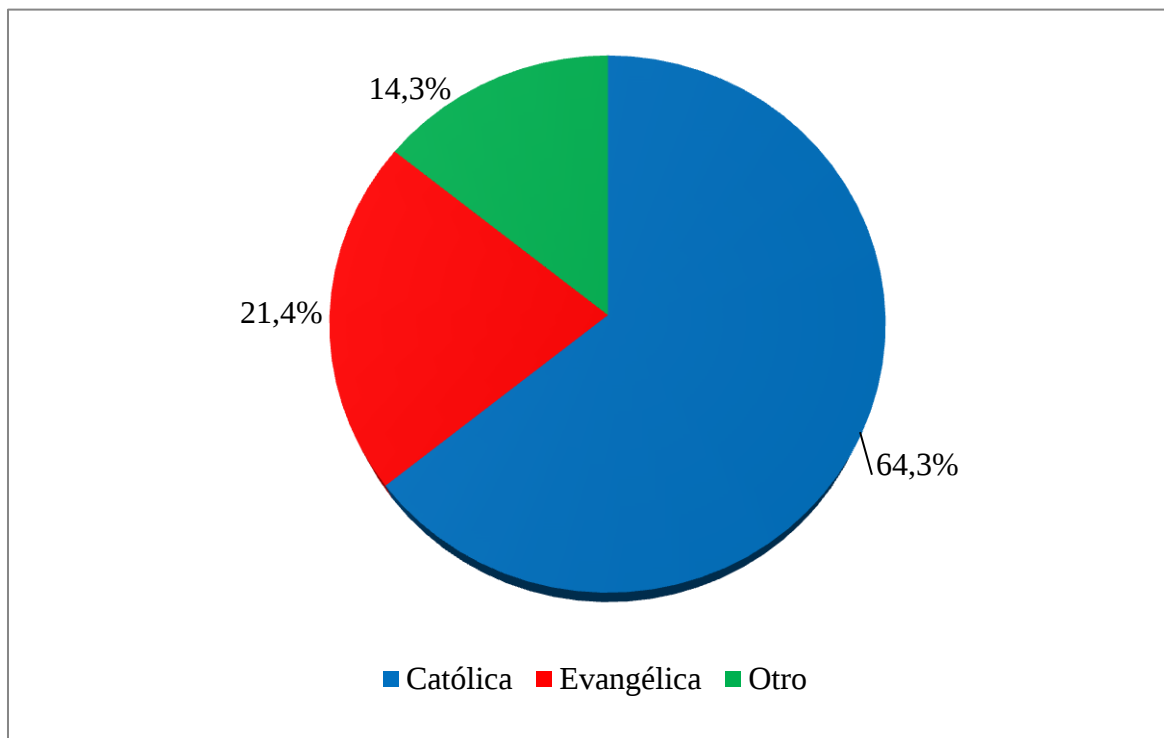
Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 05, se observa los resultados de las adolescentes según Religión, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56), el 64,3% (36) son católicas, el 21,4% (12) son evangélicas y el 14,3% (8) refieren tener otras religiones.

Gráfico N° 06

Distribución de adolescentes según Religión, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar
Garayar García. Julio a Diciembre del 2016



FACTORES GINECOOBSTÉTRICOS

Factores gineco-obstetricos de las gestantes adolescentes con parto pretérmino, atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio a Diciembre del 2016.

Tabla N° 06. Distribución de adolescentes según Menarquia, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
11 años	3	5,4
12 años	19	33,9
13 años	18	32,1
14 años	16	28,6
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 06, se observa los resultados de las adolescentes según Menarquia, y muestra lo siguiente: la menarquia mas frecuente fue a los 12 años con 33.9%, seguido de los 13 años con 32.1%, 14 años con 28.6%, y solo el 5.4% inicio su menarquia a los 11 años. La media aritmetica de la menarquia es de 12.84 años (mediana 13, desviacion estandar de 0.910, edad minima 11 y maxima 14).

Gráfico N° 06

Distribución de adolescentes según Menarquia, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar
Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

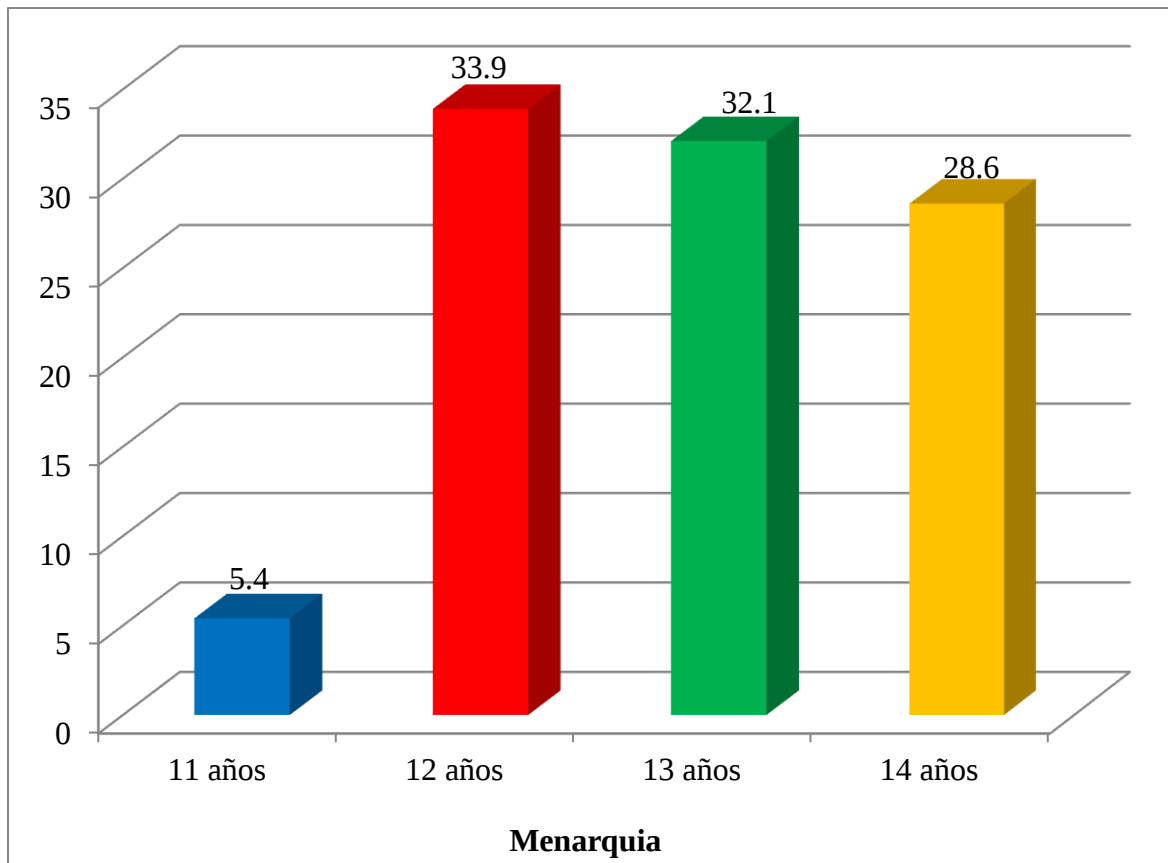


Tabla N° 07. Distribución de adolescentes según Inicio de relaciones sexuales, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
12 años	8	14,3
13 años	13	23,2
14 años	18	32,1
15 años	11	19,6
16 años	5	8,9
17 años	1	1,8
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 07, se observa los resultados de las adolescentes según Inicio de relaciones sexuales, y muestra lo siguiente:

La edad de inicio de las relaciones sexuales mas frecuente fue los 14 años con 32.1%, a los 13 años con 23.2%, los 15 años con 19.6% y a los 12 años con 14.3%. y solo a los 16 años en 8.9% y a los 17 años en 1.8%. La media aritmética para el inicio de relaciones sexuales es de 13.91 años (mediana 14, desviación estándar 1.240; mínima 12, edad máxima 17)

Gráfico N° 07

Distribución de adolescentes según Inicio de relaciones sexuales, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

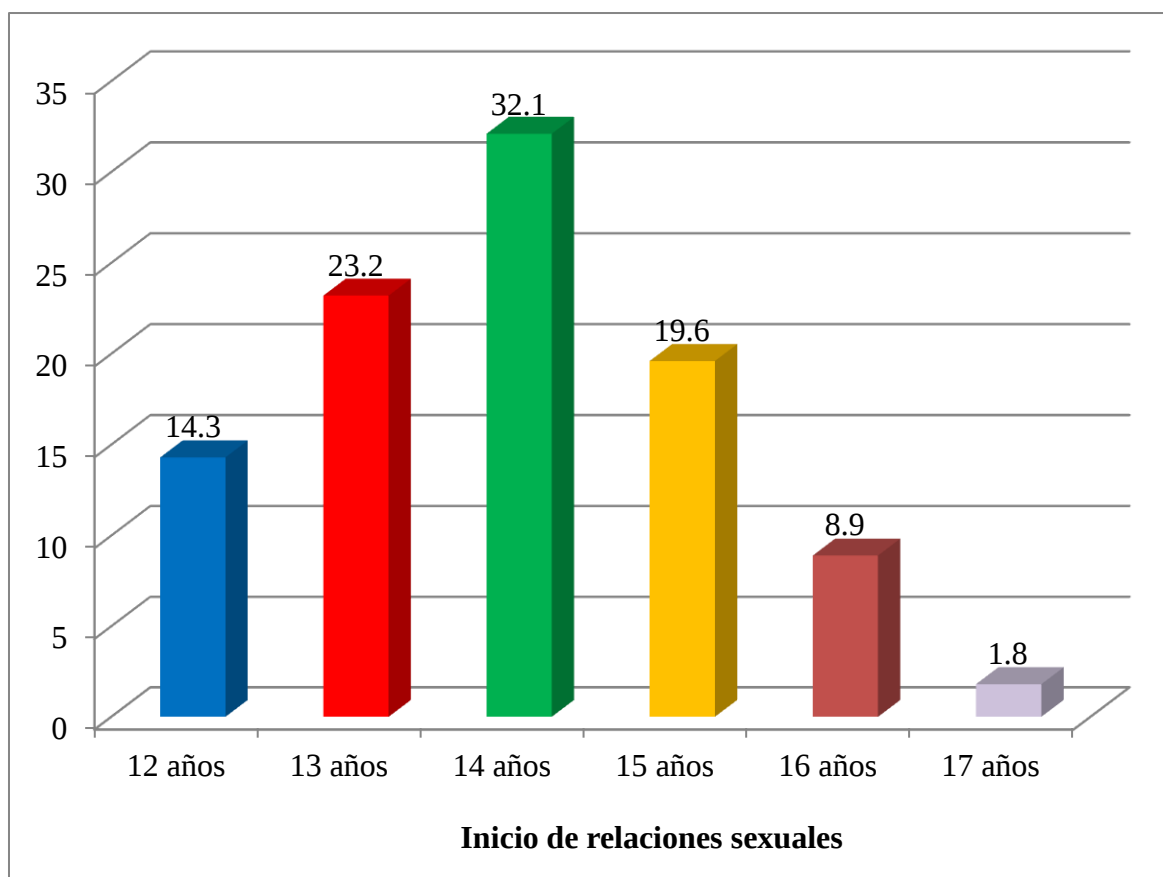


Tabla N° 08. Distribución de adolescentes según Número de parejas sexuales, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Una pareja	15	26,8
Dos parejas	29	51,8
Más de dos parejas	12	21,4
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 08, se observa los resultados de las adolescentes según Número de parejas sexuales, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56) de encuestados, el 26,8% (15) refieren haber tenido solo una pareja, el 51,8% (29) refieren haber tenido dos parejas y sólo el 21,4% (12) refieren haber tenido más de dos parejas sexuales.

Gráfico N° 08

Distribución de adolescentes según Número de parejas sexuales, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

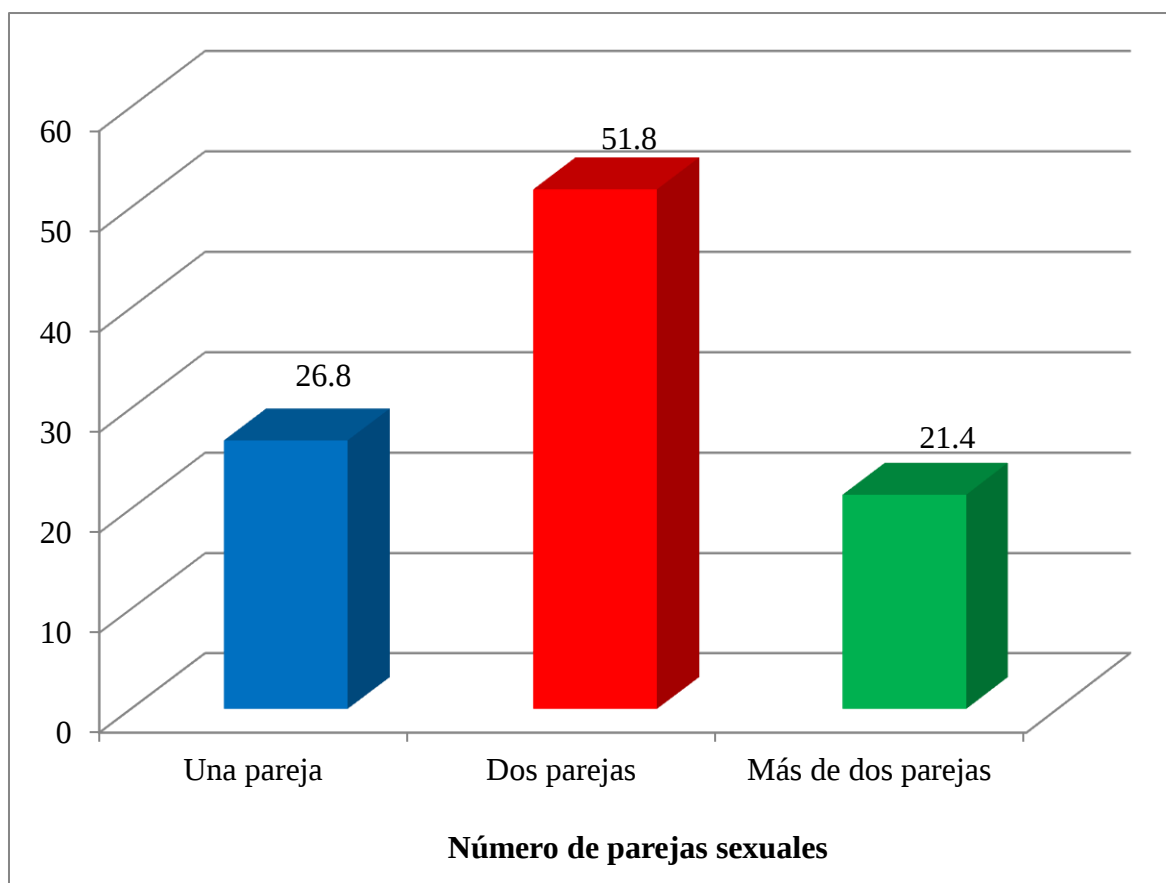


Tabla N° 09. Distribución de adolescentes según abortos previos, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Abortos previos	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	17,9
No	46	82,1
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 09, se observa los resultados de las adolescentes según abortos previos, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56), el 17,9% (10) refieren haber tenido o sufrido algún aborto y el 82,1% (46) refieren no haber tenido o sufrido aborto.

Gráfico N° 09

Distribución de adolescentes según abortos previos, del servicio de Obstetricia del Hospital
Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

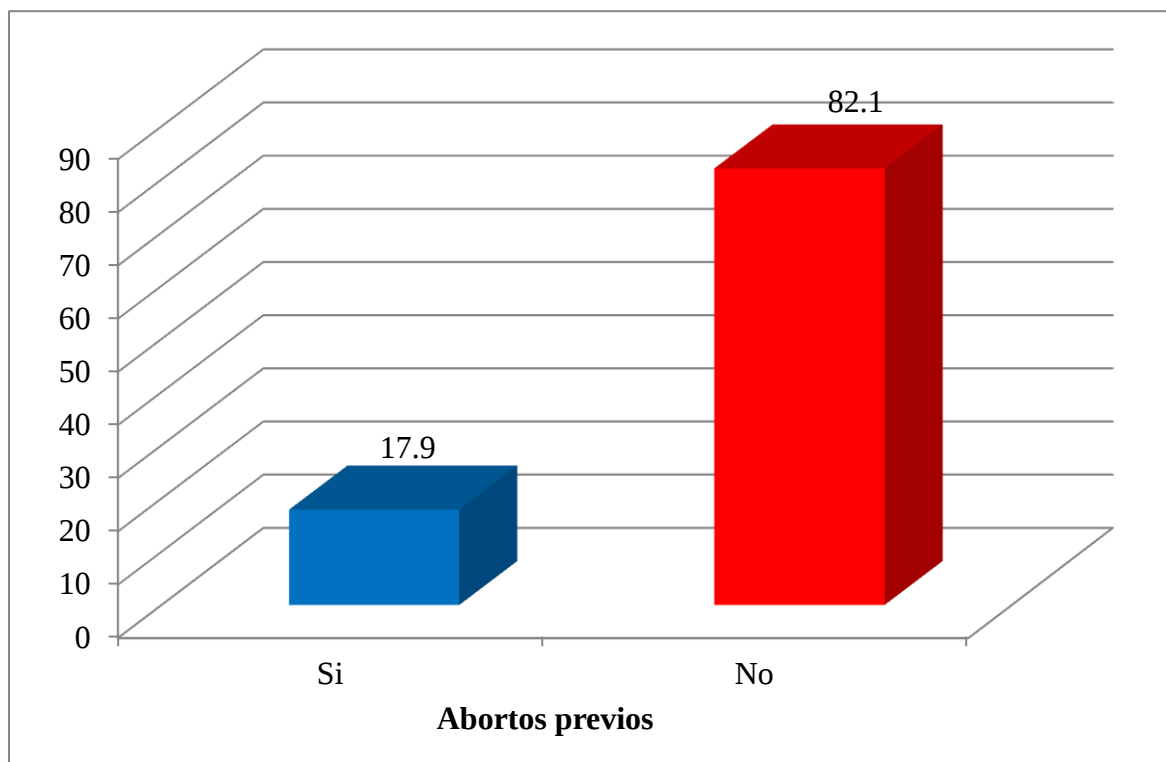


Tabla N° 10. Distribución de adolescentes según antecedentes de parto pretérmino, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García.. Julio a Diciembre del 2016

Antecedentes de parto pretérmino	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	23,2
No	43	76,8
Total	56	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 10, se observa los resultados de las adolescentes según antecedentes de parto pretérmino, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56), el 23,2% (13) refieren haber tenido antecedentes de parto pretérmino y el 76,8% (43) refieren no haber tenido antecedentes.

Gráfico N° 10

Distribución de adolescentes según antecedentes de parto pretérmino, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

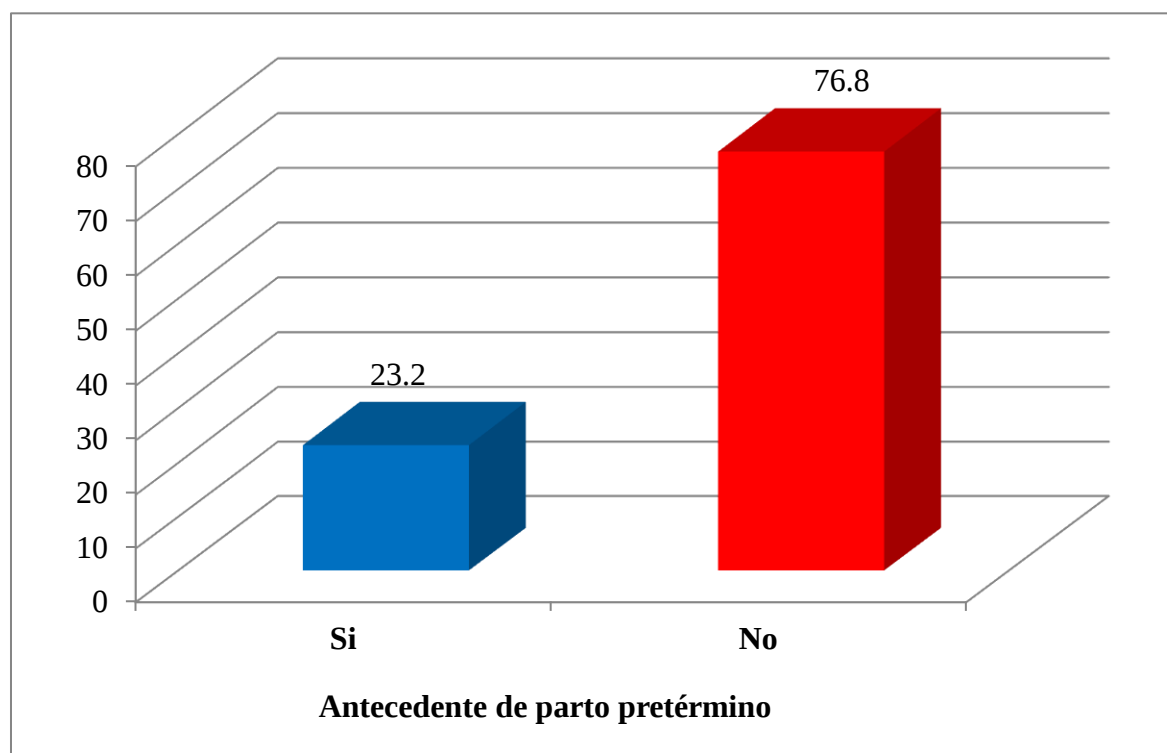


Tabla N° 12. Distribución de adolescentes según enfermedad materna asociada, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Enfermedad Materna		Frecuencia	Porcentaje
Si		39	69,6
No		17	30,4
Total		56	100,0
Si es afirmativo, Cuál enfermedad?		Frecuencia	Porcentaje
Anemia	Si	33	84,6
	No	6	15,4
	Total	39	100,0
Diabetes	Si	2	5,1
	No	37	94,9
	Total	39	100,0
ITU	Si	29	74,4
	No	10	25,6
	Total	39	100,0
Infección vaginal	Si	14	35,9
	No	25	64,1
	Total	39	100,0
Asma	Si	3	7,7
	No	36	92,3
	Total	39	100,0
Otras	Si	11	28,2
	No	28	71,8
	Total	39	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

En la tabla 12, se observa los resultados de las adolescentes según Enfermedad materna asociada, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56) de encuestados, el 69,6% (39) refieren haber tenido alguna enfermedad y el 30,4% (17) no refieren haber tenido enfermedad alguna.

Del 100% (32) de adolescentes con alguna enfermedad materna asociada, el 84,6% (33) fue anemia, el 5,1% (2) fue Diabetes, el 74,4% (29) fue infección urinaria, el 35,9% (14) fue infección vaginal, el 7,7% (3) fue asma y el 28,2% (11) refieren otras enfermedades.

Gráfico N° 12

Distribución de adolescentes según Enfermedad materna asociada, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García.

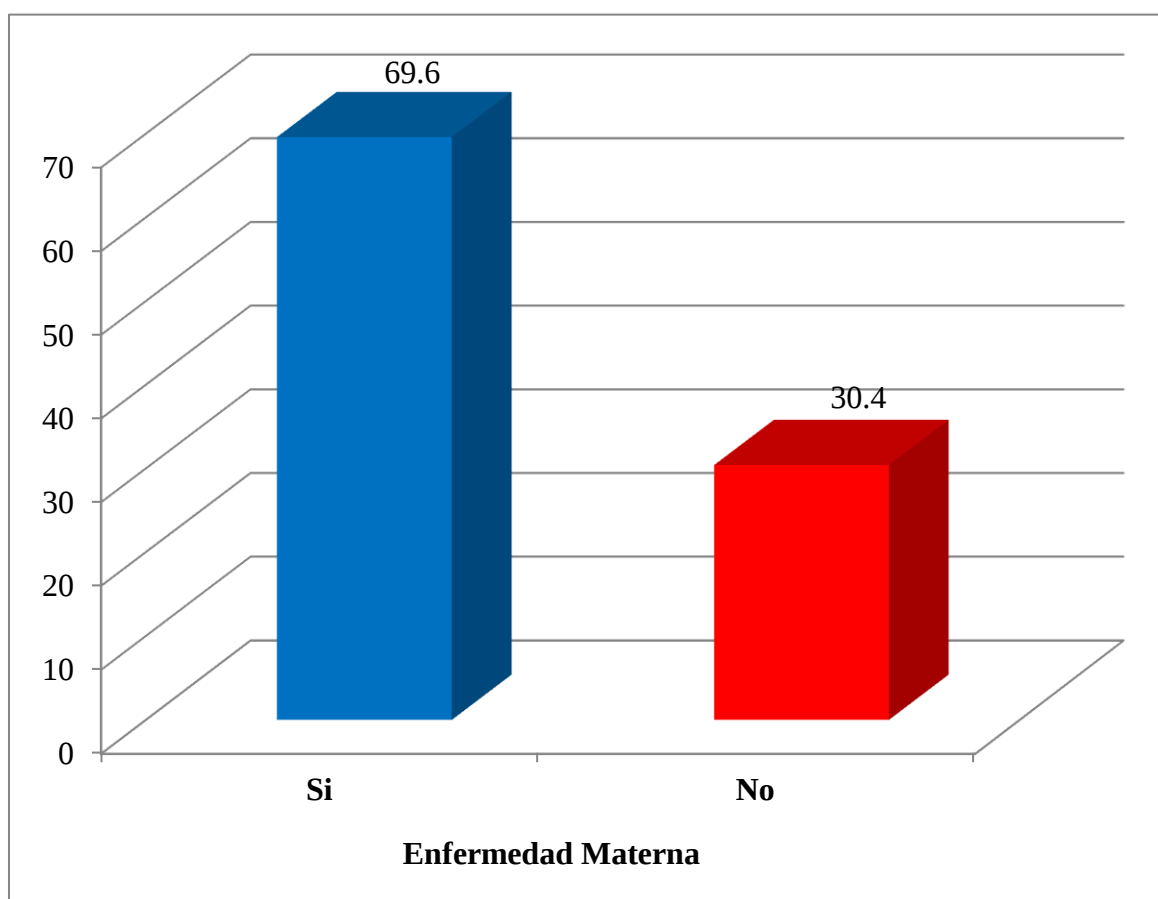


Tabla N° 13. Distribución de adolescentes según enfermedad obstétrica asociada, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016

Enfermedad Obstétrica		Frecuencia	Porcentaje
Si		48	85,7
No		8	14,3
Total		56	100,0
Si es afirmativo, Cuál enfermedad?		Frecuencia	Porcentaje
Pre eclampsia	Si	31	64,6
	No	17	35,4
	Total	48	100,0
Diabetes gestacional	Si	6	12,5
	No	42	87,5
	Total	48	100,0
Parto pretérmino	Si	9	18,8
	No	39	81,3
	Total	48	100,0
Trastorno de líquido amniótico	Si	1	2,1
	No	47	97,9
	Total	48	100,0
Malformaciones fetales	Si	8	16,7
	No	40	83,3
	Total	48	100,0
Otras	Si	12	25,0
	No	36	75,0
	Total	48	100,0

Fuente: Datos de la investigación.

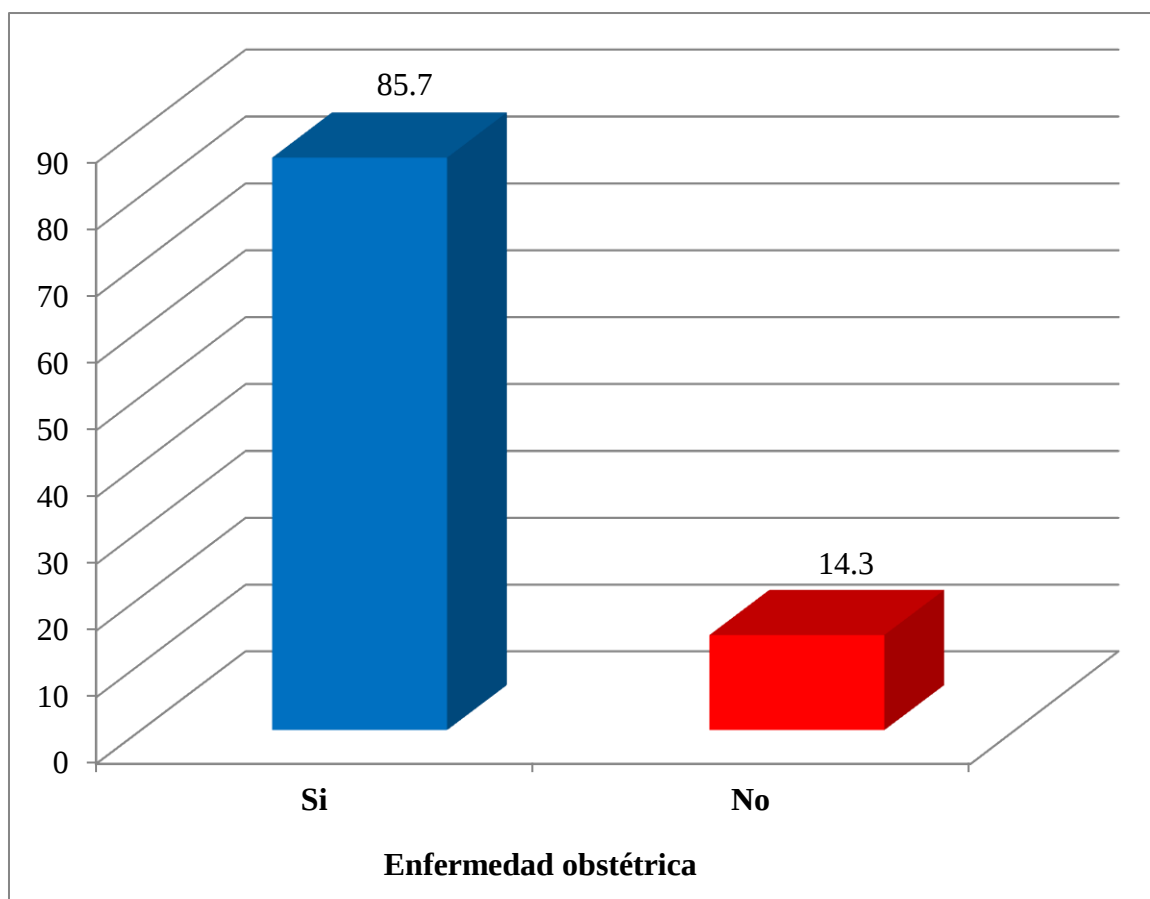
En la tabla 13, se observa los resultados de las adolescentes según Enfermedad obstétrica asociada, y muestra lo siguiente:

Del 100% (56), el 85,7% (48) refieren haber tenido alguna enfermedad y el 14,3% (8) no refieren haber tenido enfermedad alguna.

Del 100% (48) de adolescentes que tuvieron alguna enfermedad obstétrica, el 64,6% (31) tuvo pre eclampsia, el 12,5% (6) fue Diabetes, el 18,8% (9) tuvo parto pretérmino, el 16,7% (8) tuvo malformaciones fetales, el 2,1% (1) tuvieron trastorno del líquido amniótico y el 25% (12) tuvieron otras enfermedades.

Gráfico N° 13

Distribución de adolescentes según Enfermedad obstétrica asociada, del servicio de Obstetricia del Hospital Cesar Garayar García. Julio a Diciembre del 2016



FACTORES DEL RECIÉN NACIDO

Dentro de los factores del recién nacido, el peso promedio fue de 2537g $\pm$ 0,55; siendo el peso mínimo 1110 gr y el peso máximo de 4010 gr.

En relación a la talla, la talla promedio fue de 45,57 cm $\pm$ 4,34; siendo la talla mínima 30

Tabla 5. Factores del recién nacido de gestantes adolescentes con parto pretérmino, atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio a Diciembre del 2016.

Factores del recién nacido	Nº	%	Factores del recién nacido	Nº	%
Sexo			Tipo de parto		
Masculino	21	37.5	Eutócico	36	64.3
Femenino	35	62.5	Distócico	20	35.7
			Total	56	100.0
Peso RN			Talla RN		
1,000 a 1499	3	5.4	30 a 39 cm	6	10.7
1,500 a 1,999	3	5.4	40 a 49 cm	41	73.2
2,000 a 2,499	16	28.5	50 y mas cm	9	16.1
2,500 a 2,999	22	39.3	Total	56	100.0
3,000 a 3,499	10	17.8			
3,500 a mas	2	3.6	Media: 45.57		
Total	56	100.0	Mediana: 47		
Media: 2,537	Mi: 1,110	DS:	Mi: 30	DS:	
Mediana: 2,655	Ma: 4,010	553.129	Ma: 52	4.344	
Edad Gestacional			Relacion Pesos/Edad		
32	7	12.5	Gestacional RN		
33	8	14.3	Pequeño Edad	6	10.8
34	14	25.0	Gestacional (PEG)		
35	10	17.9	Adecuada Edad	46	82.1
36	17	30.4	Gestacional (AEG)		
Total	56	100.0	Grande Edad Gestacional	4	7.1
Media: 34.44	Mi: 32		(GEG)	56	100.0
Mediana: 34	Ma: 36	DS:	Total		
Apgar al minuto			Apgar a los 5 minutos		
4	2	3.6	6	2	3.6
6	6	10.7	8	6	10.7
7	2	3.6	9	13	23.2
8	28	50.0	10	35	62.5
9	18	32.1	Total	56	100.0
Total	56	100.0			
Media: 7.93					
Mediana: 8					
DS: 1.173					
APGAR al minuto					
Normal (7-10)	48	85.7			
Asfixia (4-6)	8	14.3			
Total	56	100.0			

Respecto a los factores del Recien Nacido se encontró: el 62.5% son sexo femenino y el 37.5% fueron masculinos. El 64.3% tuvieron parto eutocico y 35.7% fue distocico. (Tabla 5).

Segun el peso del recién nacido predominó el grupo de 2,500 a 2,999 gm con 39.3%, seguido del grupo de 2,000 a 2,499 gm con 28.5%, y el grupo de 3,000 a 3,999 gm con 17.8%. la media es 2,537 gm, mediana: 2,655 gm, desviación estándar: 553.129, Mínimo: 1,110, Máximo: 4,010 gm. (Tabla 5).

La talla más frecuente es del grupo de 40 a 49 cm con 73.2%, 50 y más cm de talla con 16.1%, y 10.7% tenían una talla de 30 a 39 cm. La media fue 45.57 cm, mediana: 47, desviación estándar: 4.344, Mínima: 30 y Máxima: 52. (Tabla 5)

El 30.4% de los recién nacidos tuvieron 36 semanas de edad gestacional, el 25% tienen 34 semanas de edad gestacional, el 17.8% 35 semanas. El 82.1% son Adecuados para la Edad Gestacional, 10.8% son Pequeño para la Edad Gestacional y 7.1% son Grandes para la Edad Gestacional. (Tabla 5).

Tabla 6. Factores del recién nacido de gestantes adolescentes con parto pretérmino, según patologías, atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio a Diciembre del 2016.

Factores del recién nacido, según patologías	Nº	%	Factores del recién nacido, según patologías	Nº	%
Sufrimiento fetal agudo			Aspiración de líquido amniótico		
Si	11	19.6	Si	3	5.4
No	45	80.4	No	53	94.6
Dificultad respiratoria			Ictericia del recién nacido		
Si	21	37.5	Si	5	8.9
No	35	62.5	No	51	91.1
Hipoglicemia			Malformaciones congénitas		
Si	12	21.4	Si	8	14.3
No	44	78.6	No	48	85.7

En la tabla 6 se observan las patologías presentadas por los recién nacidos pretérminos de gestantes adolescentes: el 19.6% presentó sufrimiento fetal agudo, el 37.5% tuvo dificultad respiratoria, el 21.4% hipoglicemia, el 5.4% aspiración de líquido amniótico, el 8.9% ictericia del recién nacido y el 14.3% malformación congénita.

III. RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGOS SOCIDEMOGRAFICO, GINECO OBSTETRICOS Y DEL RECIEN NACIDO CON PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES.

Tabla 7. Factores de riesgos sociodemográficos y gineco obstétricos en gestantes adolescentes con parto pretérmino, atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio a Diciembre del 2016.

Características sociodemográficas	Parto Pretermino (Semanas)			
Edad	22 a 32	33 a 36	Total	X ² P
(11 a 13) Adolescente Temprana	0	6	6	X2: 4.082 P: 0.005
/14 a 16) Adolescente Media	1	21	23	
(17 a 19) Adolescente Tardia	6	22	27	
Total	7	49	56	
Procedencia	Parto Pretermino (Semanas)			
Urbano	1	7	8	X2: 10.466 P: 0.001
Urbano marginal	6	13	19	
Rural	0	29	29	
Total	7	49	56	
Características gineco Obstetricas	Parto Pretermino (Semanas)			
Menarquia	22 a 32	33 a 36	Total	X ² P
11	0	3	3	X2: 8.317 P: 0.040
12	0	19	19	
13	2	16	18	
14	5	11	16	
Inicio Relaciones Sexuales	Parto Pretermino (Semanas)			
12	0	8	8	X2: 12.595 P: 0.027
13	0	13	13	
14	4	14	18	
15	2	9	11	
16	0	5	5	
17	1	0	1	
Aborto previo	Parto Pretermino (Semanas)			
Si	4	6	10	X2: 8.417 P: 0.004
No	3	43	46	
Gestaciones	Parto Pretermino (Semanas)			
1	1	18	19	X2: 10.833 P: 0.029
2	4	22	26	
3	2	7	9	
4	0	2	2	

En la Tabla 7 se observan algunas variables asociadas a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en Hospital Cesar Garayar García:

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre algunas características sociodemográficas (edad y procedencia) y gineco-obstétricas (menarquia, inicio de relaciones sexuales, aborto previo, y gestaciones) ($p < 0.05$).

No se encontró asociación con anemia, diabetes mellitus, ITU, Infección vaginal, asma, trastorno de líquido amniótico, malformaciones fetales, y antecedente de parto pretermino.

Tabla 8. Factores de riesgos del recién nacidos en gestantes adolescentes con parto pretérmino, atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio a Diciembre del 2016.

Características del Recién nacido	Parto Pretérmino (Semanas)			
	22 a 32	33 a 36	Total	X ² - P
Apgar al minuto				X2: 33.277
4	1	1	2	P: 0.007
6	2	4	6	
7	0	2	2	
8	4	24	28	
9	0	18	18	
Síndrome de dificultad respiratoria				X2: 3.929
SI	5	16	21	P: 0.047
NO	2	33	35	
	7	49	56	
Ictericia del recién nacido				X2: 10.989
Si	1	4	5	P: 0.027
No	6	45	51	

En la Tabla 8 se observan algunas variables asociadas a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en Hospital Cesar Garayar García: Respecto al recién nacido se encontró asociación estadísticamente con APGAR al minuto, síndrome de dificultad respiratoria e ictericia del recién nacido. ($p < 0.05$),

DISCUSION

En la presente investigación se estudió los factores de riesgo del parto pretermino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, en el periodo julio y diciembre del 2016. Se incluyeron 56 pacientes. Predomino el grupo etario de 17 a 19 años con 48.2% (adolescencia tardía), la media de la edad fue 16.39 años. La procedencia urbana el 14.3 %, urbano marginal 33.9 % y rural 51.8 %. El 33.9 % tiene educación primaria, el 39.3 % secundaria, 12.5 % superior, 3.6 % superior no universitaria; el 10.7 % sin instrucción. El 28.6% solteras, el 62.5 % convivientes, casadas el 8.9 %. El 64.3 % son católicos.

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH, por el alto grado de promiscuidad. La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años.

Datos latinoamericanos señalan que por ejemplo en Colombia, el 15% de las muertes maternas se produce en el grupo de 14 a 19 años. (18)

Las adolescentes más propensas a quedar en embarazo son aquellas con estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables. Todavía permanece sin aclarar si los resultados adversos se deben principalmente a las variables sociodemográficas desfavorables o únicamente a la inmadurez biológica. (18)

Se observa en el estudio que gestantes adolescentes proceden en su mayoría de la zona rural. Se asume que el acceso a educación y a calidad de ella en las zonas del interior de la región son menores a las que se puede acceder en la ciudad, siendo por tanto este un factor muy importante para tener un mayor número de embarazos en adolescentes en dichas áreas. Se suma a este factor que la mayoría tienen educación primaria y secundaria o ninguna educación y muy pocas

educación superior. A mayor educación los factores que llevan al embarazo adolescente disminuyen en influencia y mientras más años de estudio se tenga en general disminuye la posibilidad de involucrarse en embarazos a temprana edad.

Es importante también evaluar en relación a las características socio demográfico de nuestro grupo de estudio el estado civil. Muy pocas son casadas. La mayoría convivientes y un número importante solteras. Esto significa que no tienen el efecto protector social, económico, educativo y moral que brinda el matrimonio, quedando frágiles en términos de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, mayor posibilidad de violencia y abuso sexual.

Un estudio realizado en Jordania, publicado durante el año 2017, utilizando una base nacional Jordana incluyendo 18 hospitales, casi todas las mujeres (99%) tenían control pre natal, con controles mayores a 8 el 70.1%. Comparativamente en el presente estudio se encontró que el 82.1% realizó control prenatal. El 28.6% tuvo control prenatal adecuado (seis o más controles), cifras diferentes a lo informado por el estudio en Jordania. (60)

Se nota una clara diferencia 99% (Jordania) vs 82.1% (Hospital Apoyo Iquitos), peor es la situación de los controles adecuados, 70.1 vs 28.6%; queda por tanto mucho que trabajar para elevar tanto las gestantes que reciben control prenatal y más aún el número de controles prenatales adecuado. Hay que notar que Jordania no es un país de primer mundo, e incluso su día a día lo hace en una zona convulsionada por conflictos crónicos del medio oriente. Pese a ello han sido capaces de lograr mejores cifras que las que tenemos nosotros en cuanto a acceso a controles prenatales.

Esta misma cohorte, menos de un tercio, (32%) de mujeres tienen un nivel educativo menor que la secundaria. En relación a ello, en el presente estudio, el 33.9 % tiene educación primaria, al que hay que agregarle 10.7 % sin instrucción, es decir 44.6% con nivel primario o menos. Otra vez una cifra bastante mayor a la cohorte Jordana. Este es pues otro tema que debe trabajarse con intensidad buscando mejorar el tema de parto pretermino en adolescentes de manera óptima.

Del mismo modo, la serie Jordana el 8.0% de mujeres tiene historia de parto pretermino, en nuestra serie antecedentes de parto pretérmino lo tiene el 23.2% de adolescentes, cifra inmensamente mayor que el 8.0% de la serie jordana.

En la serie jordana el 1.2% tuvo pre eclampsia, 1.2% diabetes gestacional. En nuestras gestantes adolescentes el 55.4 % tuvieron pre eclampsia, el 10.7 % diabetes gestacional. Nuevamente las cifras son desfavorables a nuestras gestantes adolescente. La necesidad de un mejor control prenatal se hace evidente otra vez, buscando patología maternas asociadas al parto pretermino.

Aunque el problema del parto prematuro esta bien descrito para países de desarrollo socioeconómico escaso, este problema de salud también existe en las regiones con mayor desarrollo socioeconómico, pero de magnitud es menor. En relación a ello el estudio realizado por el Comité de Investigación de la Sociedad de Neonatología del Estado de Nuevo León, México, en el que participaron seis hospitales del sector privado y cinco del público, entre agosto de 2001 y julio de 2002. Entre 47,226 recién nacidos vivos, 756 (1.6%) pesaron menos de 1,500 g, con edad gestacional promedio de 30 ± 3.2 semanas y peso promedio de $1,098 \pm 257$ g. En el presente estudio se encontró que el 5.4% tenían menos de 1,500 gramos de peso, edad gestacional promedio 34.4 ± 1.384 semanas y un peso promedio de $2,537 \pm 553$ gr., cifras diferentes a lo indicado por el estudio México. (61)

En otros estudios (62) la mayoría de las pacientes fueron primigestas: 93.7%; las secundigestas representaron 6.0 y sólo una con tercer embarazo (0.4%). Ocho secundigestas tuvieron un parto previo (3.2%); cinco, un aborto previo (2.0%) y dos pacientes con una cesárea previa (0.8%). La paciente tercigesta tenía dos cesáreas previas. En siete pacientes (2.8%) se identificó abuso sexual como causa de embarazo. (62)

Comparativamente en nuestra serie primigestas fueron el 33.9%, secundigestas el 46.4%, tercigesta el 16.1%. Solo dos adolescentes tuvieron gesta 4 (3.6%). Se esperaría una cifra mucho mayor de primigestas, tal como se mostró en el estudio anterior (62) pero la realidad es que se tiene un número importante de segundigestas. Aun cuando no es motivo de estudio lo que vamos a señalar, pero dado que las relaciones con menores se consideran violación sexual, esto podría estar ocurriendo con este grupo de pacientes y de manera permanente. Este es un grave atentado contra la salud sexual, moral y anímica de la adolescente, pero cuyo abordaje es multidisciplinario y escapa a lo que pretende este estudio.

La edad gestacional en nuestro grupo fue 32 semanas el 10.7%, 33 el 14.3%, 34 el 25%, 35 el 17.9%, 36 el 30.4%, cifras similares a lo informado por otro estudio (62) donde se encontró el

31% en la semana 36. El 4.1% de los nacimientos ocurrieron entre las semanas 20 y 33 de gestación y la frecuencia de prematuridad extrema fue de 0.8% . El 61.9% de los nacimientos pretérmino sucedió entre las 34 y 36 semanas.

En el presente estudio no se reportaron nacimientos en menores de 32 semanas de edad gestacional, lo cual hubiera sido de resultado fatal debido a la imposibilidad de abordar a niños de esa edad gestacional. Para nosotros, tomando el mismo rango que plantea el estudio en mención (62) de entre 34 y 36 semanas, tenemos el 73.3% en este rango. Esto es mucho mejor ya que la posibilidad de supervivencia es directamente proporcional a la edad gestacional, es decir, mientras mayor edad gestacional mejor posibilidad de supervivencia.

Esto correlaciona perfectamente con los resultados altos del valor del apgar de los niños nacidos de madres de nuestra serie, que al minuto y a los 5 minutos arrojan valores adecuados.

Siempre citando la referencia 62 para la comparación, las principales condicionantes para el parto prematuro fueron: rotura prematura de membranas en 18.7%, pre- eclampsia-eclampsia en 10.3% , embarazo gemelar en 10.3% (26/252), restricción del crecimiento intrauterino en 5.6% y debido a defectos congénitos en 5.6%; estas condiciones representaron 50.5% de los casos. Las indicaciones médicas más el trabajo de parto espontáneo explican 89.7% de los nacimientos pretérmino. El resto de los partos (10.3%) se debieron a causas placentarias, oligohidramnios, óbitos anteparto y solo uno a enfermedad materna.

Preeclampsia en nuestra serie la presentaron el 55.4 % (notar que la referencia recientemente citada sólo refiere el 10.3%, es decir tenemos 5.37 veces más de chance de hacer pre eclampsia. Esto obliga a los servicios de salud a estar atento en el control mas cercano del embarazo a fin de poder detectar con oportunidad la pre eclampsia a fin de poder prevenir complicaciones o muertes materno perinatales. No olvidar que pre eclampsia no manejada con oportunidad se asocia a complicaciones y mortalidad materno perinatal.

Nuestra frecuencia de pre eclampsia es bastante alta. Una de cada dos adolescentes manifiesta formas graves de preeclampsia; en algunos estudios la mayoría tuvo formas graves (cuatro de cada cinco) y determinaron la interrupción del embarazo. (62) Uno de cada 10 nacimientos pretérmino ocurrió por condiciones relacionadas con preeclampsia. Por lo anterior, otros autores también concluyen que la preeclampsia en sus formas graves amerita especial atención, ya que en

conjunto con el embarazo gemelar, representan la tercera causa más frecuente de nacimientos pretérmino y la segunda causa obstétrica. (62)

Los Adecuado para la edad gestacional son los mas frecuentes de la presente investigación con el 82.1% y solo el 10.8% son pequeños para la edad gestacional y grandes para la edad gestacional el 1.8%. Otro estudio se identificó la frecuencia de restricción en el crecimiento intrauterino de 3.6%²¹ y frecuencia de hipotróficos de 11%;²⁷ condicionante que representa el cuarto lugar de causa de nacimiento pretérmino en conjunto con los defectos congénitos. (62).

De manera general, en 0.6% de adolescentes el embarazo termina de manera prematura por restricción del crecimiento intrauterino y otro 0.6% se vincula con defectos congénitos. En el presente estudio se encontró un 14.3 % de malformaciones fetales. Cifras muy superiores a la referida por Oviedo (62)

Se consideraba que la edad era indicativo de cesarea, pero se viene observando que no seria la edad indicativa de cesárea. Estaria mas bien esta vía de término del embarazo sujeta a las mismas consideraciones maternas, fetales y obstétricas.

También, la prematuridad *per se* no es indicación de cesárea y depende de la evaluación individual de las diversas variables que se evalúan al momento de tomar decisiones de este tipo. La tendencia es variable por edad gestacional y se explica por la conducta tomada en función del diagnóstico, pronóstico fetal, salud materna y condiciones obstétricas. (62)

Factores gineco obstétricos, media de la menarquia 12.84 años, edad de inicio de relaciones sexuales 13.91 años. Esta edad obliga a realizar denuncias ante la fiscalía de gestantes que acuden a ser atendidas en los establecimientos de salud de la Región, y pese que hay directivas al respecto, muy rara vez se denuncian. Esta adolescente regresara entonces a la situación de violencia sexual que llevo al embarazo y la ayuda que recibirá por organismos tutelares será nula.

El 26.8% tuvo una pareja sexual, dos el 51.8%, mas de dos el 21.4%. El 17.9% realizó abortos anteriormente. Es necesario trabajar de manera muy seria con este problema, casi 1 de cada 5 adolescente ya realizó un aborto debiendo afrontar un sin numero de complicaciones que muchas veces a llevado hasta la muerte. Los centros de adolescentes de los establecimientos de salud deberán tener un trabajo muy singular y creativo y gozar de todo el apoyo de parte de

organismos reguladores si se pretende con seriedad disminuir el número de abortos, el inicio temprano de relaciones sexuales, el abuso y violencia familiar y sexual.

Antecedentes de parto preétermino el 23.2% de pacientes. El 82.1% realizó control pre natal. El 28.6% tuvo control prenatal adecuado. Los hallazgos también son sorprendentes, aunque la incorporación a controles prenatales viene aumentando, sin embargo ni siquiera la tercera parte de los mismo es realmente útil en términos de lograr un número mínimo de controles de seis. Debe agregarse que existen países cuyas regulaciones son mas exigentes y mencionan 8 o más controles para roturarlas recién como adecuadas.

En relación al análisis de asociación de algunas variables con parto pretermino debe mencionarse que no se encontró asociación con anemia, (p 0.551), diabetes (p 0.331), infección de tracto urinario (p 0.594), infección vaginal (p 0.399), asma (p 0.415). Tampoco trastorno de liquido amniótico (p 0.161), ni malformaciones fetales (p 0.108). Las posibles explicaciones pueden ser, en relación a la anemia, que el valor general de hemoglobina (y hematocrito) son de manera basal baja, quizás debida a la elevada frecuencia de parásitos intestinales que se observa de manera crónica en nuestra Región, aunando a elevados índices de desnutrición e ingesta no equilibrada de alimentos.

Se brinda suplementos a la gestante como sulfato ferroso o ácido fólico a fin de disminuir la anemia y evitar malformaciones congénitas, y el porcentaje de gestantes beneficiarias viene incrementándose año a año. Las malformaciones fetales han sido tan escasas, un caso, que no permite un mayor análisis. Las otras variables son referidas como asociadas a parto prematuro pero la importancia de cada una de ella varía según las publicaciones internacionales.

Las variables del recién nacido de madre adolescente con parto pretermino son un poco benévolos comparados con nuestras cifras. El 37.5% de los recién nacidos fue masculino. Media del peso al nacer 2,537.23 gramos. Mediana de la talla 47 cms. Media de la edad gestacional 34.44 semanas. La media del apgar al minuto 7.93; cinco minutos 9.41.

Se encontró sufrimiento fetal agudo en el 19.6%; distres respiratorio en 37.5%; aspiración del líquido amniótico en 5.4%; ictericia neonatal 8.9%; hipoglicemia 21.4%. Estas complicaciones pudieron ser adecuadamente afrontadas de manera favorable. El personal de salud que atiende a

este grupo de edad debe mantener y mejorar sus habilidades para atender estas complicaciones encontrados en niños nacidas de gestantes adolescentes.

CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos de las gestantes adolescentes incorporadas al estudio fueron: predominio del grupo de 17 a 19 años (Adolescencia Tardía) con 48.2% y 14 a 16 años (Adolescencia Intermedia) con 41.1%, procedencia rural con 51.8 %, 44.6% tienen primaria/sin instrucción, 62.5% convivientes, católicos.
2. Los factores gineco obstétricos predominantes fueron: menarquia a los 12 y 13 años con 33.95 y 32.1% respectivamente, con una media de 12.84. El inicio de las relaciones sexuales fue a los 14 años con 32.1%, con una edad media de 13.91 años. El número de parejas sexuales fueron dos con el 51.8%, mientras que más de dos parejas fue el 21.4%. Hubo predominio de las segundigestas con 46.4% y las primíparas con 87.5%. el 82.1% se realizó control prenatal, sin embargo solo el 28.6% tuvo control prenatal adecuado. Antecedentes de parto pretermino lo presento el 23.2% de pacientes. Los partos pretérminos que predominaron fueron entre las 32 y 36 semanas con 87.5%. Las enfermedades maternas más frecuentes fueron: anemia, preeclampsia, ITU e Infección vaginal.
3. Respecto a los factores del recién nacido: más de la mitad son femenino, peso de 2,500 a 2,999 gramos, talla de 40 a 49 cm, edad gestacional 36 semanas, la mayoría son Adecuados para la Edad Gestacional, el 14.3% tuvo asfixia.
4. Se encontró asociación entre parto pretermino y edad, procedencia, menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, aborto previo, gestaciones, síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, Apgar al minuto e ictericia del recién nacido. ($p < 0.05$).
5. No se encontró asociación con anemia, diabetes mellitus, ITU, infección vaginal, asma., antecedente de parto pretermino, preeclampsia.

RECOMENDACIONES

1. Reforzar el trabajo que se viene haciendo en los Centros de adolescentes que funcionan en los establecimientos de salud de la Región. Los objetivos deben ser disminuir drásticamente las cifras actuales de embarazos en adolescente, retardar el inicio de relaciones sexuales y trabajar conjuntamente con otras instancias gubernamentales a fin de evitar y prevenir abuso y situaciones de violencia física y sexual.
2. Implementar servicios especializados para atender población adolescente gestante como política de estado.
3. Dedicar especial atención al grupo de gestantes adolescentes, por encontrarse que son factores de riesgo asociadas a parto pre término.
4. Poner énfasis en el control prenatal de las gestantes adolescentes para detectar a tiempo las posibles complicaciones que se presenten en el desarrollo del embarazo.
5. Buscar alianza estratégica con el sector educación para concertar mesas de trabajo, a fin de mejorar el nivel de conocimientos de los educandos en material de derechos sexuales y reproductivos, educación sexual, planificación y el inicio más tarde de la edad de inicio de relaciones sexuales.

9 Referencias Bibliográficas

1. Manrique Leal Mateos, M. L., & Carmiol, L. G. (2015). Predictores de parto pretérmino en la población adolescente. *Acta Médica Costarricense* ISSN 0001-6012, 57(1).
2. Leal, J. O., y Pertuz, S. Y. B. Relación entre factores psicosociales y complicaciones obstétricas en las adolescentes embarazadas. [tesis de grado Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia]. Maracaibo, Enero de 2013.
3. Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342.
4. Manrique, R., Rivero, A., Ortunio, M., Rivas, M., Cardozo, R., & Guevara, H. (2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 68(3), 144-149.
5. Egan, L. A. V., Gutiérrez, A. K. C., Cuevas, M. P., & Lucio, J. R. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex*, 76(9), 542-8.
6. Cruz, H. O., Plascencia, J. L., Nakashimada, A. I., & Espinoza, J. M. G. (2007). Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex*, 75, 17-23
7. Lucero Vallejo, C. N. (2013). Evaluación nutricional en las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años que asisten al hospital Gineco Obstétrico Isidro ayora en el período noviembre–diciembre 2011.
8. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reglamento técnico administrativo para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Caracas; 2003.
9. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Monzon L. Riesgos en el embarazo en la adolescente. *Rev de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2006;153(4):13-17.
10. Sandoval J. Morbilidad obstétrica en adolescentes. En: Sandoval J, González E, editores. *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. 3a edición. Caracas: Mediterráneo; 2003.p.451.
11. Villar J, Ezarra E, Gurtner de la Fuente V, Campodonico L. Preterm Delivery Syndrome: The effective treatment of preterm labour. An International Consensus. *Well Medical. England. Research, Clinical Forums*. 2004;16:9-33.
12. Pallas CR, De la Cruz J, Medina M. Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalías, 2001.

13. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo de adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67(6):481-487.
14. Kramer M, Goulet L, Lydon J, Segui L, Mcnamara H, Dassa C, et al. Socio-economic disparities in preterm birth: Causal pathways and mechanisms. *Pediatr Perinatal Epidemiol.* 2001;15(Suppl 2):104-123.
15. Avila E, Cid M, García I. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000. *Rev Cubana Pediatr.* 2002;74(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es&nrm=iso.
16. López J. Factores psicosociales del embarazo adolescente. En: Bracho C, González R, López J, Arias A, Codina L, editores. *Producción Científica sobre la Adolescencia.* Valencia: Venezuela; El viaje del pez; 2005.p.25-36.
17. Germain A, Oyarsun E. Parto prematuro. [Escuela de Medicina, Universidad de Lima: 2002 Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamento/obstetricia/altoriesgo/parto_prematuro.html
18. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2004;55(2):114-121.
19. Agüero O, Avilán J. Edad, paridad, embarazo y parto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:147-152.
20. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. El embarazo adolescente. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas20de20la20region/textos/e35206-20Embaraz20Adolescente.htm
21. Faneite P, Rivera C, Amato R, Guinand M, Faneite J, Manzano M, et al. Prematurez: resultados perinatales. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66:213-218.
22. Faneite P, Gómez R, Guinand M, Faneite J, Manzano M, Martí A, et al. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66(1):1-6.
23. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, et al. Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008;68(3):144-149 .
24. Thorp J, Hartmann K. Evidence – based management of preterm labor: the role of tocolytics and antibiotics. *Curr Prob Obstet Gynecol Fert* 2002; 25: 212 – 29.
25. The Epidemiology of Preterm Birth. In Gabbe: *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies* 2002; 4th ed., Churchill Livingstone, Inc., pp 763.

26. Lumley J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003; 110 (Suppl 20): 3 – 7.
27. Vásquez G, Ramírez J, Villar A. Epidemiología del parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé de Lima. Enero 94 – Diciembre 98. XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, marzo 2000, Lima – Perú.
28. Valladares E, Gómez C. Medición ecográfica transvaginal del cuello uterino en la predicción del parto pretérmino espontáneo en el Instituto Materno Perinatal durante el año 2002. Tesis para optar el título de especialista en Gineco-Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
29. Elfenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. *Pediatrics Clinics of North America* 2003; 50: 65 – 9.
30. Mozurkewich E, Naglie G, Krahm M, Hayashi R. Predicting preterm birth: A cost – effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1589 – 98.
31. Surbek D, Hoesli I, Holzgreve W. Morphology assessed by transvaginal ultrasonography differs in patients in preterm labor with vs. without bacterial vaginosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 15: 242 - 5.
32. Cortés A. Comportamiento sexual, embarazo, aborto, y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana. *Rev Cubana Obst Ginec* 1999; 25: 34 - 7.
33. Hernández J, Alonso D, Rodríguez M, Homma J, Díaz N, Suárez R. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales ginecoobstétricos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003; 29: 3 – 9.
34. Peláez Mendoza J. Adolescentes embarazadas: características y riesgos. *Rev Cubana Obst Ginec* 1997; 23: 13 - 21.
35. Vásquez A. Embarazo en la adolescencia, repercusión psicosocial durante el 1er. año de vida. *Rev Cubana Ped* 1997; 69: 82 - 88.
36. Meis P, Goldenberg R, Mercer B, et al. The preterm prediction study: Risk factors for indicated preterm births. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 562 – 7.
37. Haram K, Helge J, Wollen A. Preterm delivery: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 687 – 704.
38. Goldenberg R, Iams J, Mercer B, Meis P, Moawad A, Cooper R, et al. The Preterm Prediction Study: The Value of New vs Standard Risk Factors in Predicting Early and All Spontaneous Preterm Births. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 233 – 38.

39. Goldenberg R, Hauth J, Andrews W. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med* 2000; 342: 1500 – 7.
40. Meis P, Goldenberg R, Mercer B, et al. The preterm prediction study: Risk factors for indicated preterm births. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 562 – 7.
41. Unger J, Molina G, Teran L. Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample. *J Adolesc Health* 2000; 26: 205 - 12.
42. Terzidou, Vasso, Bennet, Philipp. Preterm Labour. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology* 2002; 14: 105-113.
43. Hofferth S, Reid L, Mott F. The effects of early childbearing on schooling over time. *Fam Plann Perspect* 2001; 33: 259 - 67.
44. Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics`. Adolescent Pregnancy—Current Trends and Issues: 1998. *Pediatrics* 1999; 103: 516 - 20.
45. Romero R, Muñoz H, Gómez R, et al. Does infection cause premature labor and delivery? *Seminars in Reproductive Endocrinology* 1994; 12: 230.
46. Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B. Does the increased risk of preterm delivery in teenagers persist in pregnancy after teenage period? *B J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 721 – 25.
47. Otterblad Olausson P, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106:116 - 21.
48. Macones G, Segel S, Stamilio D, Morgan M. Prediction of delivery among women with early preterm labor by means of clinical characteristics alone. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1414 - 8.
49. Slattery M, Morrison J. Preterm delivery. *Lancet* 2002; 360: 1489 – 97.
50. Riva N. Factores de Riesgo para Parto pretérmino espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo 2 Yarinacocha Pucallpa. Tesis de Especialidad en Gineco Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú 2004.
51. OMS. Organización Mundial de la Salud Estadísticas Anuales <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. Citado el 17 de enero de 2017.
52. Organización mundial de la Salud. Boletín Informativo. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
53. Hospital María Auxiliadora. Guía del Departamento de Ginecología y Obstetricia. <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-GINOBST-14.pdf>

54. Unicef. Reporte Anual Sección Venezuela Día mundial del Nacimiento prematuro.
https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro_CdP_Conjunto.pdf
55. Ministerio de Salud del Perú. Gobierno del Perú
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM487-2010->
56. Ministerio de Salud del Perú. Gobierno del Perú Oficina General de Estadística e Informática.
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
57. Pohlmann, Flávia Conceição; Kerber, Nalú Pereira da Costa; Viana, Jackeline da Silva; Carvalho, Vanessa Franco de Costa; Carolina Coutinho; Souza, Catharine Silva. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Revista electrónica trimestral de Enfermería N° 42. Abril 2016. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/231881/192531>
58. Aparcana Valdivia, María Abigail. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores durante el periodo 2013. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de obstetricia. 2014. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1015>.
59. Guadalupe S. Factores de riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma, Lima Perú 2017.
60. Nadin M. Abdel Razeq, Yousef S. Khader, Anwar M. Batieha. The incidence, risk factors, and mortality of preterm neonates: A prospective study from Jordan (2012-2013). Turk J Obstet Gynecol 2017;14:28-36. DOI: 10.4274/tjod.62582.
61. Villanueva L. et al. Perfil epiademiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-8.
62. Oviedo H, et al. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecol Obstet Mex 2007;75:17-23.

Anexos

Anexo 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA

I. Factores sociodemográficos:

1. Edad:

2. Procedencia: Urbana: ... Urbano Marginal: ... Rural:

3. Distrito de residencia: 1. Iquitos; 2. Belen; 3. San Juan; 4. Punchana; 5. Otros.

4. Grado de instrucción: Sin instrucción: Primaria..... Secundaria: Superior

Universitaria: Superior no universitaria:

5. Estado civil: Soltera: Casada: Conviviente: Otros:

6. Religión. Católica, Evangélica, Otra

II. Factores Gineco Obstétricos

7. Menarquia.....

8. Edad de IRS:

9. Número de parejas sexuales:

- a. 1 Pareja
- b. 2 Parejas
- c. Más de 2 parejas

10. Abortos previos: sí... no...

11. Gestaciones:.....

12. Paridad:.....

11. Antecedente de parto pre término: Si:..... No:.....

12. Control prenatal: si no

Numero de control prenatal:

CPN Inadecuado: 0 a 5 controles prenatales:.....

CPN Adecuado: 6 y más controles prenatales:

13. Enfermedad Materna Asociada: SI:..... NO:

Si es si : cual?

- 1. Anemia:
- 2. Diabetes:
- 3. ITU:
- 4. Infección vaginal:
- 5. Asma:

6. Otra:

14. Enfermedades Obstétricas Asociadas

1. Pre eclampsia:
2. Diabetes gestacional
3. Placenta previa trastornos de líquido amniótico
4. Malformación fetales
5. Otras

III. Factores del recién nacido:

1. Sexo: M: F:
 2. Peso
 3. Talla
 4. Edad gestacional: ...
 5. Relación peso/Edad gestacional: ...
AEG:, PEG: GEG:
 6. Apgar al minuto: Apgar a los 5 minutos:
 7. Patología asociada al recién nacido
 - SFA: SI: ... NO: ...
 - Distres respiratorios SI: ... NO: ...
 - Aspiración de líquido amniótico SI: ... NO: ...
 - Ictericia neonatal SI: ... NO: ...
 - Hipoglicemia SI: ... NO: ...
 - Otros.....
 8. Tipo de parto: Eutocico. () Distocico ().
-
