

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**RELACIÓN ENTRE GESTANTE ADOLESCENTE Y PREVALENCIA
DE PARTO PRETÉRMINO - HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA 2017 - 2018**

TESIS

Presentada por:

Lic. Obsta. Ingrid Valeska Yance Abanto

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA - PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

RELACIÓN ENTRE GESTANTE ADOLESCENTE Y PREVALENCIA DE PARTO
PRETÉRMINO – HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2017-2018

TESIS

Presentada por:

Lic. Obsta. Ingrid Valeska Yance Abanto

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
ALTO RIESGO OBSTETRICO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Aprobado por Unanimidad ante el siguiente jurado:



Dra. Obsta. Gloria Regina Escobar Bermejo

Presidente



Lic. Obsta. Silvia Victoria Mamani Ramos

Secretaria



Dra. Obsta. Carmen Luisa Linares Torres

Vocal



Mgr. Obsta. Juana Barreda Grados

Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Soledad Carmen Sotelo Gonzales en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 9233-2019-FACS-UNJBG, del trabajo académico titulado: “RELACIÓN ENTRE GESTANTE ADOLESCENTE Y PREVALENCIA DE PARTO PRETÉRMINO- HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA-2017-2018.”

Presentado por licenciada INGRID VALESKA YANCE ABANTO para optar el **título de Segunda Especialidad Profesional en: ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual **TURNITIN** cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **11%**. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** del trabajo académico y está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio Institucional**.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del grado/ título/ especialidad.




Dra. Obst. Gloria Regina Escobar Bermejo
Coordinadora Unidad
Segunda Especialidad –OBST-FACS/UNJBG

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi asesor de tesis por haberme dedicado parte de su tiempo para el desarrollo satisfactorio de mi tesis. Al personal del hospital Hipólito Unanue por su accesibilidad para permitir acceder a la información de muestra del presente trabajo por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente y por el constante aprendizaje.

También agradezco a todos mis docentes por todos los conocimientos brindados en cada una de sus clases y porque en cada uno de ellos aprendí no sólo la parte teórica, también experiencias nos enseñaron a enfrentar cada una de las situaciones personales y laborales de la vida.

DEDICATORIA

A Dios por darme las fuerzas para culminar satisfactoriamente mis estudios y por ser quien guía mi camino.

A mi familia por su incondicional apoyo a pesar de aquellas situaciones difíciles que se pudieron presentar en el camino.

A mi hija por motivarme e impulsarme constantemente para alcanzar cada una de mis metas.

CONTENIDO

	Pág.
Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Índice de Contenidos	ii
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	01

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	03
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	05
1.2.1	Problema Principal	05
1.2.2	Problema Secundarias	05
1.3	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	06
1.4	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	07
1.4.1	Objetivo general	07
1.4.2	Objetivos específicos	07
1.5	HIPÓTESIS	07

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	08
2.1.1	Antecedentes Internacionales	08
2.1.2	Antecedentes Nacionales	10
2.1.3	Antecedentes regionales	12
2.2	BASES TEÓRICAS	13
2.1.1	Base teórica de Embarazo en la adolescencia	
2.2.1.1	Definición	13

2.2.1.2	Características al embarazo en adolescente	22
2.2.1.3	Embarazo en la adolescencia según dimensión de edad	24
2.2.2	Parto Pretérmino	
2.2.2.1	Definición	27
2.2.2.2	Características del parto pretérmino	35
2.2.2.3	Dimensiones del parto pretérmino	36
2.3	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	37

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	TIPO DE INVESTIGACION	39
3.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	39
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.4	VARIABLES E INDICADORES	40
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
3.6	PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	40

**CAPÍTULO IV
RESULTADOS**

4.1	DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	44
4.2	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DE LA INVESTIGACIÓN	63

**CAPÍTULO V
DISCUSIÓN**

CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de variable 1	41
Tabla 2. Operacionalización de variable 2	42
Tabla 3. Incidencia de gestante adolescente y parto pretérmino	45
Tabla 4. Etapas de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	47
Tabla 5. Grado de Instrucción de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	49
Tabla 6. Estado Civil de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	51
Tabla 7. Procedencia de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en El Hospital Hipólito Unanue	53
Tabla 8. Ocupación de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	55
Tabla 9. Frecuencia en Clasificación Parto Pretérmino en Gestantes Adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue	57
Tabla 10. Análisis Estadístico doble entrada sobre Etapa de Gestante Adolescente y Partos Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	59

Tabla 11. Análisis Estadístico sobre etapa de Gestante Adolescente
con Parto Pretérmino y Factores de Riesgo Materno
en el Hospital Hipólito Unanue

61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Gestante adolescente dimensiones	26
Gráfico 2. Parto pretérmino dimensiones	36
Gráfico 3. Incidencia de Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	46
Gráfico 4. Etapas de las Gestantes Adolescentes con parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	48
Gráfico 5. Grado de Instrucción de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	50
Gráfico 6. Estado Civil de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	52
Gráfico 7. Procedencia de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	54
Gráfico 8. Ocupación de las Gestantes Adolescentes con Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue	56
Gráfico 9. Frecuencia en clasificación parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue	58
Gráfico 10. Análisis Estadístico doble entrada sobre los Niveles de	

Gestante Adolescente y Partos Pretérmino en el
Hospital Hipólito Unanue 60

Gráfico 11. Análisis estadístico sobre etapa de Gestante Adolescente
con Parto Pretérmino y Factores De Riesgo Materno
en el Hospital Hipólito Unanue 62

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal Determinar la relación entre gestante adolescente y la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.2017-2018, de tipo básico de nivel correlacional, de diseño no experimental, la muestra fue de 90 gestantes adolescentes con parto pretérmino en el HHUT. Que se observa que la gestante adolescente tardía tiene relación significativa con parto pretérmino en las gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.Utilizando el análisis correlacional χ^2 de Cramer (χ^2 : 0,707) se comprueba q existe una fuerte correlación entre la gestante adolescente tardía y parto prematuro, con un nivel de confianza de 95%.Se concluye que existe una relación significativa relacionada a la gestante adolescente y la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018

Palabras clave: adolescente, gestante, parto pretérmino

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the relationship between pregnant women and the prevalence of preterm delivery in the Hospital Hipolito Unanue de Tacna.2017-2018, of a basic type of correlational level, of non-experimental design, the sample was 90 adolescent pregnant women with preterm delivery in the HHUT. It is observed that the late adolescent pregnant woman has a significant relationship with preterm delivery in the pregnant women who come to the Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2017-2018. Using the correlation analysis χ^2 of cramer (χ^2 : 0.707) it is verified that there is a strong correlation between the late adolescent pregnant and premature delivery, with a level of confidence of 95%. It is concluded that there is a significant relationship related to adolescent pregnancy and the prevalence of preterm birth in the Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2017-2018

Keywords: adolescent, pregnant, preterm birth

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia, como la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva;¹siendo este inicio de la actividad sexual en adolescentes cada vez más temprano.² Trayendo consigo un notable aumento en la frecuencia de embarazos en este grupo de edades. Países latinoamericanos reportan como edad promedio de inicio de relaciones sexuales la edad de 13 años.³ En el Perú el 18,7 % del porcentaje de mujeres inicio su vida sexual antes de los 15 años, en el año 2017.⁴

América Latina y el Caribe presentan la segunda tasa más alta de embarazo adolescente a nivel mundial. Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2015, indican que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 66,5 nacimientos por 1000 adolescentes.⁶

En el Perú, en el 2015 las adolescentes representan el 20 % de la población, de ellas 12,7 % entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. Los departamentos de Loreto, Ucayali y Madre de Dios en la selva, y los departamentos de Apurímac, Huancavelica y Ayacucho en el Trapecio Andino, registran los índices más altos de crecimiento de la población en edades jóvenes. Sin embargo, cuando se analiza en números absolutos las regiones de Lima, la Libertad, Piura y Cajamarca representan el 51,2 % del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que están pasando por un embarazo. Según reportes de la OMS; unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada

año, la mayoría en países de economía baja. El embarazo en la adolescencia es un problema a nivel mundial que implica en la salud pública. Contribuye a la morbilidad materno infantil y al círculo de enfermedad y pocos recursos económicos.⁷⁻⁸

En la región Tacna el embarazo en adolescentes representó el 21,5 % del total de partos atendidos, mientras que la frecuencia de parto pretérmino fue 6,7 % en el HHUT 2015.⁹ Con esa premisa se observa cifras preocupantes con carácter de salud pública que repercuten en la salud tanto del niño como de la madre; En este contexto la presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la gestante adolescente y la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018. Para que con los resultados se puedan evitar diversas complicaciones relacionados a gestante adolescente y parto pretérmino.

Finalmente, la presente investigación está dividida en cuatro capítulos: en el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, en el segundo el marco teórico, que es el que fundamenta el carácter de esta investigación.

En el capítulo tercero se presenta la metodología y el cuarto está referido a los resultados y discusión de la investigación, finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones vertidas en base al procesamiento de los datos, bibliografía y anexos. Espero que este trabajo sea útil y práctico para beneficio de aquellos que lo lean y sirva como una referencia para otras investigaciones similares.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es considerado como un problema prioritario en salud, debido a su alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil. En el Perú, los jóvenes constituyen el 22,3 % del total de la población, y la tasa de embarazo adolescente es alta. Según el INEI, el 13 % de los adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación.¹⁰

Diversos estudios han comprobado que el embarazo precoz en jóvenes adolescentes se asocia significativamente con el parto pretérmino y este cada vez se ha visto incrementando. En cuanto al embarazo en la adolescente es un problema de salud pública, que puede traer consecuencias negativas para la adolescente, su familia y para el concepto/recién-nacido.¹¹

En Venezuela afirman 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. 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.¹²

En el caso de Colombia en el año 2014; 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 desencadenaron en un parto pretérmino.¹³⁻¹⁴

En el Perú, los jóvenes constituyen el 22,3 % del total de la población, y la tasa de embarazo adolescente es alta Según el INEI, el 13% de los adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación.¹⁶

A nivel regional el embarazo en adolescentes representó el 21 ,5 % del total de partos atendidos, mientras que la frecuencia de parto pretérmino fue 6, 7 % en el año 2015. La mayoría de las gestantes adolescentes que presentaron parto pretérmino eran: convivientes 53,3 %, con menos de 7 controles prenatales 82, 2 % y con anemia 49, 5%. Dicho estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.¹⁵ El embarazo en adolescentes es considerado como un problema prioritario en salud, debido a su alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil por ello la importancia de tener información actualizada en nuestra región, siendo esta la finalidad de

la presente investigación y así tomar medidas preventivo-promocionales sobre este tema de interés de salud pública.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Existe relación entre la gestante adolescente y la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018?

1.2.2. Problemas secundarios

- a) ¿Cuáles son las características socio demográficas de la gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018?
- b) ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Relevancia académica**

El problema se justifica porque existe un vacío de conocimientos sobre embarazo en adolescentes y su relación con el parto pretérmino. A pesar de esto, la bibliografía local al respecto es muy escasa, en tal sentido los resultados del presente trabajo aportaran evidencia científica.¹⁷

- **Relevancia práctica- institucional**

El proyecto apoyará a la institución Hospital Hipólito Unanue con la identificación de la relación que existe en gestante adolescente y parto pretérmino de esta manera intervenir en aquellas gestantes adolescentes que están con amenazas de parto pretérmino y así mismo priorizar pacientes adolescentes que reciben métodos de planificación familiar; para evitar embarazos no deseados.¹⁸

- **Relevancia sanitaria**

Siendo evidente la magnitud del problema y los grandes efectos en la población adolescente gestante, es compromiso de las obstetras y de los investigadores en general, poner en práctica acciones de promoción e intervención que contribuyan a reducir los indicadores de embarazo en la adolescencia ya que es un índice negativo motivo por el que se elaboró la presente investigación en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.¹⁹

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre gestante adolescente y la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- a. Determinar cuáles son las características socio demográficas de la gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.
- b. Determinar cuál son los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.

1.5. HIPÓTESIS

Existe relación ente la gestante adolescente y la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

En San Bartolomé, García Calvo, y colaboradores realizaron un estudio denominado “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño durante enero a febrero del año 2014”. en el año 2015; donde su objetivo fue: conocer los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al Centro de maternidad del servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga. Metodología: El diseño de esta investigación estará enmarcado dentro de la modalidad de investigación documental y de campo, porque se determinará los factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes. A través de la revisión de las historias clínicas en pacientes desde los 10 a los 19 años. El enfoque del estudio fue en términos cualitativos basado en una población integrada por 1943 pacientes, se excluyeron los registros mayores de 20 hasta los 35 años, quedando de esta manera un total de 130 pacientes con el diagnóstico por amenaza de parto pretérmino entre edades de 10 a 19 años. Llegando a una

conclusión después de los análisis de los resultados, se puede decir que las pacientes que presentan un inicio de la vida sexual activa a tempranas edades (17 años), una talla materna menor a 150 Cm, un peso preconcepcional menor 45 Kg, ruptura prematura de membranas, una edad materna entre los 14 a 15 años y un número de controles prenatales de 3 a 4, tienen una alta relación de dependencia con la amenaza de parto pretérmino, que aquellas pacientes que presentan el resto de factores investigadas.²⁰

En Brasil Thomazini Fleury y colaboradores realizaron un estudio denominado: “Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas” en el año 2016 donde su objetivo fue analizar la evidencia disponible en la literatura sobre TPP relacionado con factores de riesgo de embarazo y adolescentes, resultados : El análisis de las publicaciones seleccionadas permitió la identificación de cuatro temas: el acceso y la asistencia a los servicios de atención prenatal; educación para la salud sobre la anticoncepción para adolescentes; aspectos socio-demográficos y económicos frente a la inmadurez biológica y el apoyo de la red social. Conclusión: A través del estudio, podemos identificar que existe una relación entre el embarazo adolescente y TPP, pero hay varios factores de riesgo implicados en esta ocurrencia. Por lo tanto, sugerimos que se deben hacer más estudios sobre el tema.²¹

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En Lima, Shessira Guadalupe Huamán y colaboradores realizaron un estudio denominado: Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015, Métodos: 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 pretérmino y controles a las gestantes sin parto pretérmino. 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 pretérmino mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Resultados: 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 pretérmino (OR:2.579). Conclusión: Los factores de riesgo para presentar parto pretérmino 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.²²

En Lima Santiago Ramos, realizó un estudio denominado: Factores de riesgo para Parto Pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre – Niño “San Bartolomé” – 2016 OBJETIVO: Determinar los factores de

riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño (HONADOMANI) "San Bartolomé" en el año 2016. METODOLOGÍA: Estudio observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo. Cada muestra (grupo casos y grupo control) estuvo conformada por 54 gestantes de parto pretérmino que acudieron al Hospital San Bartolomé en el año 2016. Para el análisis univariado se empleó las frecuencias absolutas y las relativas (variables cualitativas) y el promedio y la desviación estándar (variables cuantitativas). Para el análisis bivariado, se usó la prueba no paramétrica Ji cuadrado y la medida epidemiológica Odds Ratio. RESULTADOS: Se obtuvo que los factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes fueron el no tener instrucción ($p=0.028$; $OR=7.89$), la nuliparidad ($p=0.038$; $OR=3.86$), el índice de masa corporal anormal ($p=0.035$; $OR=2.49$), la ruptura prematura de membranas ($p=0.002$; $OR=5.74$), la anemia ($p=0.041$; $OR=2.34$) y la infección vaginal ($p=0.029$; $OR=2.41$). CONCLUSIÓN: Se concluye que la falta de instrucción, la nuliparidad, el índice de masa corporal anormal, la ruptura prematura de membranas, la anemia y la infección vaginal son factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el año 2016.²³

2.1.3. Antecedentes regionales

En Tacna Olga Bárcena realizó un estudio denominado “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes Adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010” en el año 2011 donde tuvo como objetivo principal: identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006-2010. Es un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles. La población está conformada por 2400 gestantes adolescentes hospitalizadas para atención del parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se identificaron 101 adolescentes con parto pretérmino (casos) y se seleccionaron 303 adolescentes con parto a término (controles). La información se obtuvo de las fichas perinatales del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006- 2010. El embarazo en adolescentes representó el 21,5 % del total de partos atendidos, mientras que la frecuencia de parto pretérmino fue 6,7 %. La mayoría de las gestantes adolescentes que presentaron parto pretérmino eran: convivientes 53,3 %, con grado de instrucción secundaria 86 %, sin hábitos nocivos 100 %, primigestas 81,2 %, nulíparas 89,1 %, con menos de 7 controles prenatales 82,2 % y con anemia 49,5 %. Los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino entre las embarazadas adolescentes son: tener menos de 7 controles prenatales, anemia materna, amenaza de aborto, ruptura prematura de membranas.²⁴

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. BASE TEÓRICA DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

2.2.1.1. Definición

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica de la mujer O = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.⁸⁻⁹

La adolescencia no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el grupo etario de 10-19 años de edad.¹⁰

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.²⁴

IMPACTOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que, como vimos, son la mayoría. Algunos de los impactos más estudiados en nuestro país, someramente esbozados en secciones anteriores, tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza. Menos reconocidos, pero no por falta de evidencias, son sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana (de la adolescente y de sus hijos). En conjunto o por sí solos, configuran un potencial efecto negativo para los intentos de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional y hacer realidad el bono demográfico.²⁵

En relación con el primer grupo, directamente vinculado a la pobreza, está la formación del llamado capital humano, fundamentado en una educación y salud de calidad. La evidencia educativa va por doble

vía. De un lado, el embarazo lleva a la deserción escolar, mientras que una educación de mala calidad desalienta la continuidad en la escuela. En nuestro país, la deserción escolar por causa del embarazo, matrimonio o para cuidar niños varía, pues según los departamentos del 10 al 20% de mujeres de 15 a 24 años dejaron la escuela por alguno de esos motivos. Nueve de cada diez madres adolescentes no asisten a algún centro educativo, y según estudios realizados en América Latina, las más pobres al acceder mayoritariamente a una educación de muy mala calidad, no consideraban que ese acceso vaya a alterar su futuro.²⁵

En cuanto a sus efectos sobre la continuidad en la escuela secundaria, los estudios encuentran que en el área urbana el efecto de haber tenido algún parto en los últimos tres años reduce en 33% las posibilidades de progresar en los estudios. En el área rural esa probabilidad alcanza el 39 %. Nuevamente, la pobre calidad educativa no hace sino reforzar este circuito de exclusiones; además del embarazo, la deserción escolar también puede resultar de uniones formales tempranas, de la baja calidad de la educación que se ofrece y de expectativas igualmente bajas que tienen las adolescentes para sus propias vidas. Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar

mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr.²⁶

En las adolescentes más pobres el embarazo llevará a conseguir un empleo a edades más tempranas, y bajo malas condiciones laborales. Justo en los años en que inician la transición a la vida adulta, apresurada a causa del embarazo, en los que se van asumiendo nuevos roles, dependiente de la situación familiar, etnicidad, pobreza, y acceso a redes de apoyo social. Se trata de transiciones que, según la distribución de oportunidades, hacen o no posible la inclusión social. En tal sentido, se perpetúan las inequidades en las transiciones a la vida adulta, limitando el ejercicio de sus derechos, con altos costos sociales y económicos derivados de estos rezagos.²⁵⁻²⁶

El impacto sanitario tampoco será menor, sobre todo si consideramos que casi el 60% de los embarazos en adolescentes no fueron planificados. Entonces, ¿Cuántos de ellos terminan como aborto inducido? Según la Primera Encuesta Nacional de la Juventud del 2011, cerca del 30 % de adolescentes declaraba “cercanía con algún conocido que se ha

realizado un aborto”. A su vez, estudios más especializados reportan datos por encima y por debajo a los estimados realizados para el país en estudios internacionales. En todo caso, prevenirlos habría costado bastante menos, tanto desde el punto de vista sanitario, psicológico, social y familiar, como económico, el más invocado por quienes optan por aborto.²⁵

Luego del embarazo se pueden considerar los efectos vinculados con la nutrición y desarrollo, no solo de la propia madre sino también la del recién nacido. En el Perú es mayor la probabilidad de que los hijos de las adolescentes multíparas (alrededor del 2 % de las gestaciones entre las adolescentes) experimenten bajo peso al nacer o que sean pequeños para la edad gestacional, comparadas con quienes no son multíparas a esa edad. Resultados de otros estudios evidencian una importante diferencia entre las madres adolescentes y las adultas en términos de peso del recién nacido, más aún en la adolescencia temprana. Los resultados nutricionales, sin embargo, pueden ser revertidos.¹⁷

Un elemento adicional es que todos estos aspectos, a la larga, afectan el estado nutricional del niño, en estrecha asociación con un intervalo intergenésico corto, más aún si es menor a 18 meses.

Globalmente, las crecientes brechas de oportunidades entre las adolescentes que, siendo pobres, resultan embarazadas sin haberlo planificado, son de tal magnitud que en conjunto pudieran contrarrestar la posibilidad de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional. De no revertirse estas tendencias, el bono demográfico no pasará de haber sido una oportunidad más. Al no estar aprovechando la oportunidad, no dejará de ser sino un pagaré.¹⁷

PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Para hacer frente a la situación descrita en secciones anteriores, este plan tiene una sólida propuesta de intervención de política pública, aunque su aprobación está pendiente desde hace dos años. Recoge lo más avanzado de la investigación internacional y nacional, a partir del balance de las intervenciones que tienen efecto probado para disminuir embarazo no planificado en adolescentes, y reconoce que solo las intervenciones simultáneas y multisectoriales, nunca aisladas, habrán de tener un efecto sostenible. Su horizonte temporal alcanza el año 2021 (bicentenario), siendo su objetivo general

reducir en 20 % la prevalencia del embarazo en las adolescentes. Sus objetivos específicos son:¹⁵

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

Tratándose de un plan multisectorial requerirá de un sostenido liderazgo del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud, y en menor medida (por el

volumen de las acciones) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, y de los gobiernos regionales y locales. Aún no se formaba el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social cuando este plan fue formulado. Sus principales líneas de acción comprenden:²⁹

- Acceso a la educación básica.
- Educación sexual integral desde la infancia.
- Entorno familiar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente.
- Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los adolescentes.
- Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres.
- Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria.

- Empoderamiento y participación adolescente y joven.
- Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente.
- Orientación vocacional y empleabilidad juvenil.
- Alianzas estratégicas multisectoriales.
- Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.

Además, las políticas y programas en marcha, y por desarrollarse, deberían poder medir su impacto en temas clave como el incremento en el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria; el incremento de la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas, y la disminución de la violencia sexual que afecta a los adolescentes.¹⁹

2.2.1.2. Factores predisponentes al embarazo en la adolescencia ²⁴⁻²⁵

- ✓ **Menarquia Temprana:** Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- ✓ **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- ✓ **Familia Disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- ✓ **Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola**
- ✓ **Bajo Nivel Educativo:** Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable

que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

- ✓ **Migraciones Recientes:** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

- ✓ **Pensamientos Mágico:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

- ✓ **Fantasías De Esterilidad:** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

- ✓ **Falta O Distorsión De La Información:** Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

- ✓ **Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres:** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse

a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

- ✓ **Aumento en número de adolescentes:** Alcanzando el 50 % de la población femenina.

- ✓ **Factores socioculturales:** La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómico.

2.2.1.3. Etapas de la Adolescencia según dimensión de edad

Adolescencia temprana

El adolescente temprano (edades entre los 10 a 13 años) tiende a focalizar en los cambios físicos en su cuerpo y puede tener preocupaciones acerca de su proceso de maduración. Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad, se debe adaptar a las “presiones” sexuales propias de la elevación de sus hormonas sexuales. Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye

una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura.²⁶

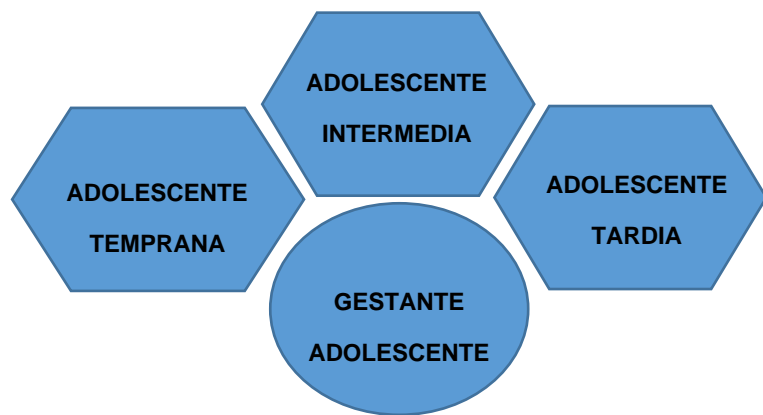
Adolescencia Media

La adolescencia media (edades entre los 14 a 16 años) es el periodo de rápido crecimiento cognitivo cuando emergen pensamientos operacionales formales. Los adolescentes comienzan a entender conceptos abstractos y pueden cuestionar los juicios de los adultos. El individuo entonces se conecta del mundo egocéntrico del adolescente temprano, al mundo socio céntrico del adolescente medio y tardío y comienza a modular su conducta impulsiva.²⁷

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres.²⁶

Adolescencia Tardía

La adolescencia tardía (edades entre los 17 a 19 años) es el periodo en donde se establece la identidad personal con relaciones íntimas y una función en la sociedad. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez.²⁶⁻²⁷



Fuente: elaboración propia

2.2.2. PARTO PRETERMINO

2.2.2.1. Definición

Es el parto que se produce antes de tiempo. Se consideran prematuros todos los nacimientos que ocurren antes de la semana 37 de gestación y los niños que nacen en estos partos son llamados bebés prematuros. Estos niños suelen necesitar ingreso hospitalario para terminar de desarrollar sus distintos órganos del cuerpo.²²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año nacen 15 millones de niños prematuros en todo el mundo, de los cuales un millón no consigue sobrevivir. El parto prematuro es la primera causa de mortalidad entre los bebés que tienen hasta cuatro semanas de vida.²⁵

CAUSAS

Hay muchas causas relacionadas con los nacimientos prematuros. A pesar de ello, la naturaleza de la relación entre las causas y el nacimiento prematuro no están claras.

El parto es un proceso complejo que involucra muchos factores. Se han identificado cuatro diferentes vías que pueden resultar en el nacimiento prematuro y tienen considerable evidencia: activación endocrina

fetal precoz, sobre distensión uterina, hemorragia decidual, intrauterina y la inflamación o infección. La activación de una o más de estas vías puede haber ocurrido gradualmente a lo largo de semanas, incluso meses. En la práctica una serie de factores han sido identificados que se asocian con un nacimiento pretérmino, sin embargo, una asociación no establece causalidad.¹⁸

Aunque una mujer haga todo "bien" durante el embarazo, puede, de todas formas, tener un bebé prematuro. Existen ciertos factores de riesgo para los nacimientos prematuros. por ejemplo, un riesgo es haber tenido un bebé prematuro. Además, aunque la mayoría de las mujeres de raza negra tiene un parto a término, en promedio, las mujeres de esta raza tienen aproximadamente un 50 % más de probabilidad de tener un bebé prematuro que las mujeres de raza blanca. Todavía se desconocen las razones de esta diferencia entre la raza blanca y negra, y es un área de investigación profunda.¹⁹

Otros factores de riesgo son: Estar embarazada con más de un bebé (mellizos, trillizos o más). Tener problemas en el útero o el cuello uterino. Problemas crónicos de salud en la madre, como presión arterial alta, diabetes y trastornos de la coagulación. Ciertas infecciones durante el embarazo.

Consumo de cigarrillos, alcohol o drogas ilícitas durante el embarazo.¹⁹

FACTORES MATERNOS

Varios estudios sugieren que el exceso de estrés puede aumentar el riesgo de parto prematuro y de que el bebé nazca con bajo peso.

Algunos eventos y trastornos en la madre pueden contribuir a un parto prematuro. Un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación, así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años.²²

El intervalo entre embarazos hace una diferencia ya que las mujeres con un período de 6 meses o menor entre un embarazo y el siguiente tienen un aumento del doble en partos prematuros. Los estudios sobre el tipo de parto y la actividad física han dado resultados contradictorios, pero se consideró que las condiciones estresantes, el trabajo laborioso, largas horas laborales tienen una probable asociación con la prematuridad. Los pacientes que han tenido abortos inducidos en el pasado han

demostrado tener un mayor riesgo de nacimientos pretérminos sólo si la terminación se realizó quirúrgicamente, pero no por vías médicas.¹⁸

La adecuada nutrición materna es importante, pues las mujeres con un bajo índice de masa corporal tienen un mayor riesgo de prematuridad. Además, las mujeres con un estado nutricional deficiente también pueden estar deficientes en vitaminas y minerales. Una nutrición adecuada es fundamental para el desarrollo del feto y una dieta baja en grasas saturadas y colesterol puede ayudar a reducir el riesgo de un parto prematuro. La obesidad no conlleva directamente a un nacimiento pretérmino, pero se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial que son factores de riesgo por sí mismos. Las mujeres con antecedentes de partos prematuros están en mayor riesgo de recurrencia a un ritmo del 15-50 % dependiendo del número de acontecimientos previos. En cierta medida, estas son madres que suelen tener condiciones subyacentes crónicas, es decir, malformación uterina, hipertensión o diabetes. El componente genético es un factor en la causalidad de nacimientos prematuros. Se ha demostrado un riesgo aumentado de prematuridad entre una generación y otra. No hay un gen identificado aún, y al parecer por la complejidad de la iniciación del trabajo de parto, son numerosas las interacciones

genéticas polimórficas las que pueden ser vinculadas a la etiología.²⁰

FACTORES DURANTE EL EMBARAZO

Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) son un factor importante asociado al nacimiento prematuro. Un estudio multicéntrico de la prematuridad encontró que el 54 % de los gemelos nacieron prematuros frente a 9,6 % de los partos simples. Los trillizos y más están aún en mayor riesgo. El uso de medicamentos de fertilidad que estimula el ovario para liberar varios huevos y la fecundación in vitro con transferencia de embriones múltiples ha sido implicado como un factor importante en los partos pretérminos. La condición de salud materna aumenta el riesgo de prematuridad y, a menudo, el parto ha de ser inducido por razones médicas, tales condiciones incluyen la presión arterial alta, la preeclampsia, la diabetes materna, el asma, la enfermedad de la glándula tiroides, y enfermedades del corazón.²¹⁻²²

Hay una serie de trastornos en ciertas mujeres que evitan que el bebé llegue a término. Algunas mujeres tienen un débil o corto cuello uterino (el más fuerte predictor de un parto prematuro). El cuello uterino también se puede ver comprometido por

conización cervical anterior u otras formas de escisión. En mujeres con malformaciones uterinas pierden la capacidad para mantener el embarazo lo cual conlleva a un trabajo de parto prematuro. Las mujeres con sangrado vaginal durante el embarazo tienen un riesgo mayor de partos prematuros. Si bien las hemorragias en el tercer trimestre pueden ser una señal de placenta previa o desprendimiento placentario - las cuales se producen frecuentemente de manera prematura - incluso el sangrado en meses iniciales no causado por estos dos trastornos se vincula a una mayor tasa de prematuridad.¹⁹⁻²⁰

Las mujeres con cantidades anormales de líquido amniótico, como el polihidramnios u el oligohidramnios también están en situación de riesgo. El estado mental de las mujeres es importante. La ansiedad y la depresión se han relacionado con el parto pretérmino. Por último, el consumo de tabaco, cocaína, y el exceso de alcohol durante el embarazo también aumenta el riesgo de un parto pretérmino. El tabaco es la droga más comúnmente usada durante el embarazo y también contribuye de manera significativa al parto de un recién nacido de bajo peso al nacer. Los bebés con defectos de nacimiento se encuentran en mayor riesgo de nacer prematuros.²¹

OTROS FACTORES DE RIESGO MATERNOS INCLUYEN:¹⁶

Infecciones cervicales, uterinas o del tracto urinario. Ciertas enfermedades de transmisión sexual.

Las mujeres que han tratado de concebir por más de un año antes de quedar embarazadas están en alto riesgo de un nacimiento prematuro

Actualmente se considera al parto pretérmino (PPT) como un síndrome y no una patología en sí. Por tanto, se postula tenga un origen multifactorial. No existe consenso acerca de las causas que puedan originar un parto pretérmino. Algunos autores subdividen al parto pretérmino en 2 grandes grupos:¹⁶⁻

17

- Parto pretérmino espontáneo: responsable de las 2/3 partes de PPT. En este grupo solo 15 % de las pacientes tienen antecedente de PPT y 85 % son primigestas o han tenido embarazos a término.
- Parto pretérmino iatrogénico: aquel que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo

la vida de la madre, el feto o ambos. La lista de complicaciones incluye:¹⁶

- Preeclampsia severa
- Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones del Doppler
- Colestasis intrahepática
- Rotura prematura de membranas pretérmino prolongada
- Placenta previa sangrante
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Embarazo monocoriónico complicado.
- El estudio de las causas de parto pretérmino se restringe al parto pretérmino espontáneo. La evidencia actual sugiere dos grandes grupos de causas:
 - Intrínsecas, que comprenden:
 - Activaciones hormonales

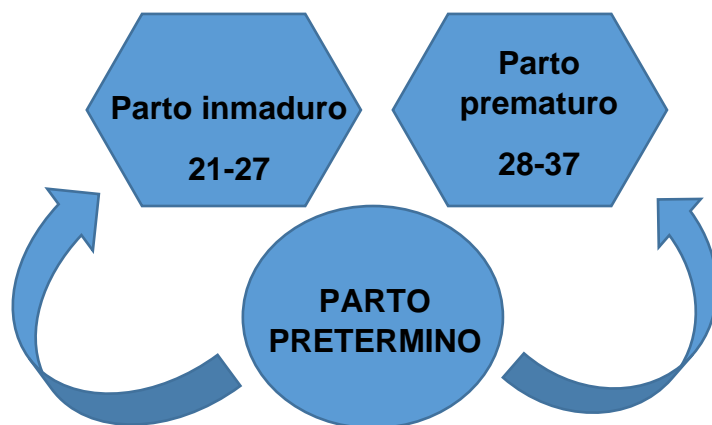
- Activaciones neurales.
- Extrínsecas, entre las que se encuentran:
- Sobre distensión uterina
- Infecciones maternas
- Isquemia uteroplacentaria
- Malformaciones uterinas
- Enfermedades cervicales
- Estrés.

2.2.2.2. Características de parto pretérmino

Generalmente el parto pretérmino tiene causa multifactorial y constituye una preocupación para todos(a), que se interesan en el estudio de esta afección, pues del conocimiento de los factores causales depende en gran parte la disminución de su frecuencia. Diferentes estudios señalan que un factor causal puede encontrarse de un 40 a 50 % de los casos de parto pretérmino y que no es posible encontrar causa definidas en el resto de los casos.²²

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.²³

2.2.2.3. Dimensiones del parto pretérmino



Fuente: elaboración propia

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS

- a) **Adolescente:** Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

- b) **Gestante adolescente:** Se define al embarazo en la adolescencia aquel que ocurre dentro de los años ginecológicos, entendiéndose por tal desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar.

- c) **Parto pretérmino:** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

- d) **Parto con producto inmaduro:** Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

- e) **Parto con producto prematuro:** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

- f) **Parto con producto a término:** Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

- g) Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1 ,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- h) Recién nacido pretérmino:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- i) Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- j) Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es descriptiva ya que estudia y describe la relación entre sus variables de los resultados encontrados.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio no experimental, porque se observa fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, sin manipular las variables, retrospectivo ya que se estudia sobre los hechos ocurridos en el pasado y de corte transversal porque estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

3.3. POBLACIÓN MUESTRA

3.3.1. Población

Todas las gestantes adolescentes que acuden al hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018, con un total de 885 gestantes (según el sistema informático perinatal).

3.3.2. Muestra

90 casos de pacientes gestantes adolescentes con parto pretérmino; encontrados y obtenidos del sistema informático perinatal.

3.3.3. Tipo de muestreo

No probabilístico, donde no se brinda iguales oportunidades a los individuos para ser estudiados y formar parte de la muestra.

3.3.4. Criterios de selección

3.3.4.1. Criterios de inclusión

- a. Gestantes adolescentes
- b. Gestante con parto pretérmino

3.3.4.2. Criterios de exclusión

- a. Gestantes que no quieran participar del estudio.
- b. Gestantes que no sean adolescentes.
- c. Gestante con parto a término.

3.4. VARIABLES E INDICADORES

3.4.1. Identificación de variable 1

Gestante adolescente

3.4.2. Operacionalización de Variable 1

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente: Gestante Adolescente	Aquella adolescente entre 10 a 19 años que cursa una gestación.	1. Adolescencia temprana. 2. Adolescencia mediana. 3. Adolescencia tardía.	1. De 10 a 13 años. 2. De 14 a 16 años. 3. De 17 a 19 años.	Nominal
Variable concomitante: Características sociodemográficas en la gestante	Conjunto de características que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	1. Grado de instrucción 2. Ocupación 3. Procedencia 4. Estado civil	1.1 Primaria 1.2 Secundaria 1.3 Sup.completo 1.4 Sup.Incompleto 2.1 Su casa 2.2 Trabaja 3.1 Soltera 3.2 Casada 3.3 Conviviente	Nominal

3.4.3. Identificación de Variable 2

Parto pretérmino

3.4.4. Operacionalización de Variable 2

DEFINICIÓN	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable dependiente: Parto pretérmino	Parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, contados a partir del primer día del último periodo menstrual.	1. Parto inmaduro 2. Parto Prematuro	1. 21-27 semanas de gestación 2. Entre 28 y 37 semanas de gestación.	Nominal
Variable concomitante: Factores de riesgo materno	Factor de riesgo que influyen para que se produzca un parto precoz	1. Preclamsia 2. Placenta previa 3. Infecciones maternas 4. Desprendimiento prematuro de placenta 5. Estrés	1. si-no 2. si-no 3. si-no 4. si-no 5. si- no	Nominal

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas e instrumentos para la variable 1

Técnica de investigación documental: se hizo uso de la técnica de investigación documental de las historias clínicas para la recolección de datos de la investigación: Gestante adolescente en el HHUT en el año 2017- 2018. El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos.

3.5.2. Técnicas e instrumentos para la variable 2

Técnica de investigación documental se hizo uso de la técnica de investigación documental de las historias clínicas para la recolección de datos de la investigación: Parto Pretérmino en el HUT en el año 2017- 2018.El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos.

3.6. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISI DE DATOS

3.6.1. Análisis estadístico

Los datos se procesaron utilizando la estadística descriptiva. Se utilizó el Software SPSS. Los mismos fueron organizados en tablas de frecuencias con sus respectivos gráficos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

En la presente investigación se realizó el siguiente trabajo de campo: Se inició solicitando información de las historias clínicas por mesa de partes del Hospital Hipólito Unanue, posterior a ello se nos acepta la solicitud Permitiéndonos tener acceso a la información requerida de las variables, logrando recolectar la información necesaria para el presente trabajo de investigación. Se recolectó datos del Sistema Informático Perinatal de 855 casos, de gestantes adolescentes con parto pretérmino cuya muestra fue de 90 casos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.

Tabla 1

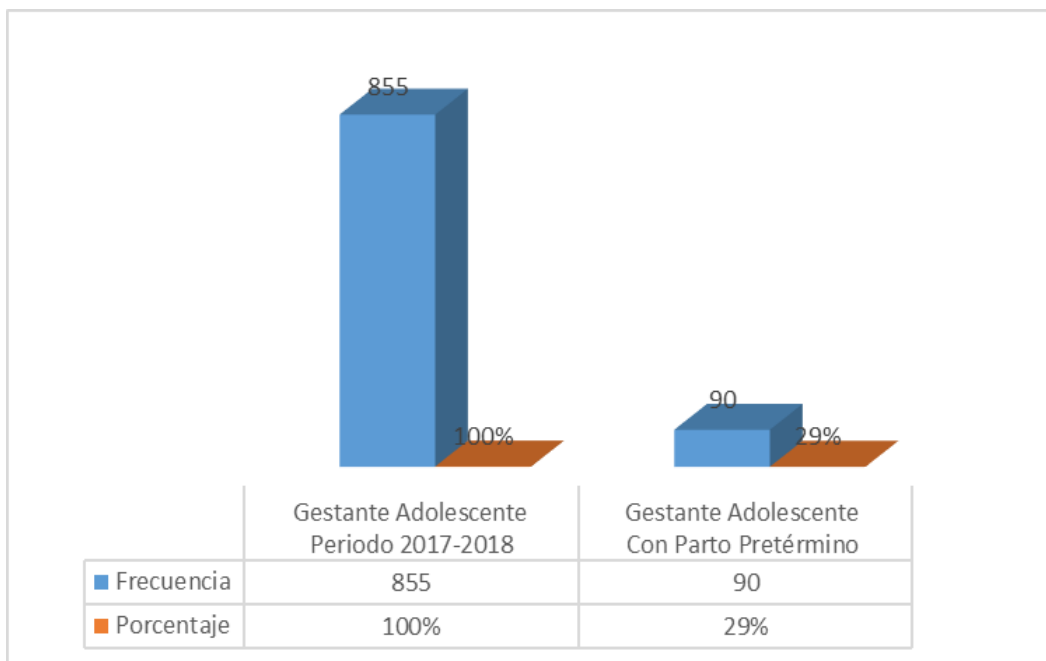
Incidencia de gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

GESTANTE ADOLESCENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GESTANTE ADOLESCENTE	855	100
GESTANTE ADOLESCENTE CON PARTO PRETÉRMINO	90	29

Fuente: ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 1; se observa que la incidencia de gestante adolescente, existe un número de 885 casos de gestantes Adolescente durante el Periodo (año) 2017-2018; así mismo 90 casos de gestantes adolescentes que presentan Parto Pretérmino representando un 29 %.



Fuente: tabla 1

Gráfico 1

Incidencia de gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 2

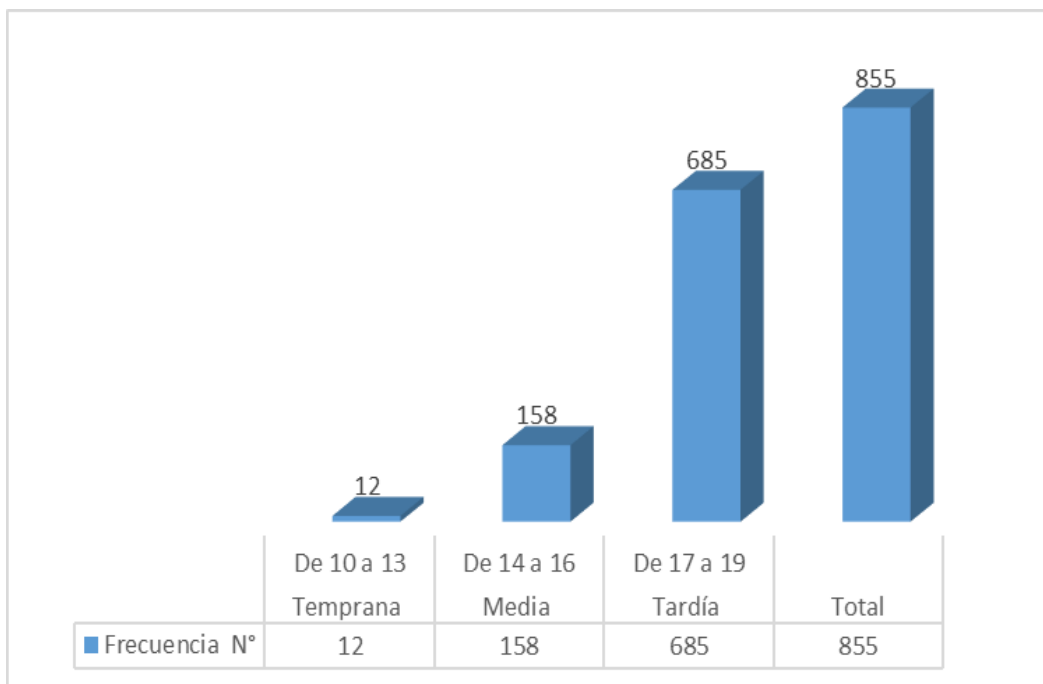
Etapas de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

ADOLESCENCIA	EDADES	FRECUENCIA	
		N°	%
TEMPRANA	De 10 a 13	12	1,35
MEDIA	De 14 a 16	158	18,47
TARDÍA	De 17 a 19	685	80,11
TOTAL		855	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 2, se observa que reúnen los indicadores según gestante adolescente, que del total de gestantes adolescentes son 855 de las cuales el 1,3 % son gestantes adolescentes temprana y un 18,47 % son adolescentes de etapa media; a diferencia de adolescencia etapa tardía que representa un 80,11 %.



Fuente: tabla 2

Gráfico 2

Etapas de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 3

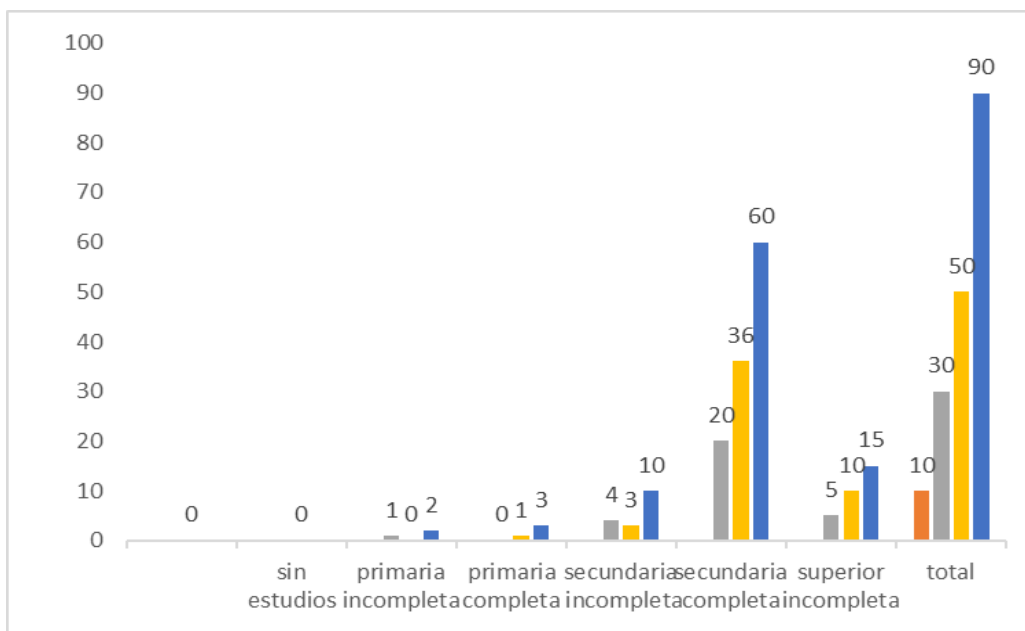
Grado de instrucción de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

GRADO INSTRUCCIÓN	GESTANTE ADOLESCENTE CON PARTO PRETÉRMINO			TOTAL	%
	TEMPRANA	MEDIA	TARDÍA		
	SIN ESTUDIOS	0	0		
PRIMARIA INCOMPLETA	1	1	0	2	2,22
PRIMARIA COMPLETA	2	0	1	3	3,33
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	4	3	10	11,12
SECUNDARIA COMPLETA	4	20	36	60	66,67
SUPERIOR INCOMPLETA	0	5	10	15	16,66
TOTAL	10	30	50	90	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 3, se observa que el 66,67 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino tienen grado de instrucción secundaria completa siendo este el mayor porcentaje seguido de gestantes adolescentes con parto pretérmino con superior incompleta con un 16,66 %, a si mismo se observa que hay un 0 % de gestantes adolescentes sin estudios.



Fuente: tabla 3

Gráfico 3

Grado de instrucción de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 4

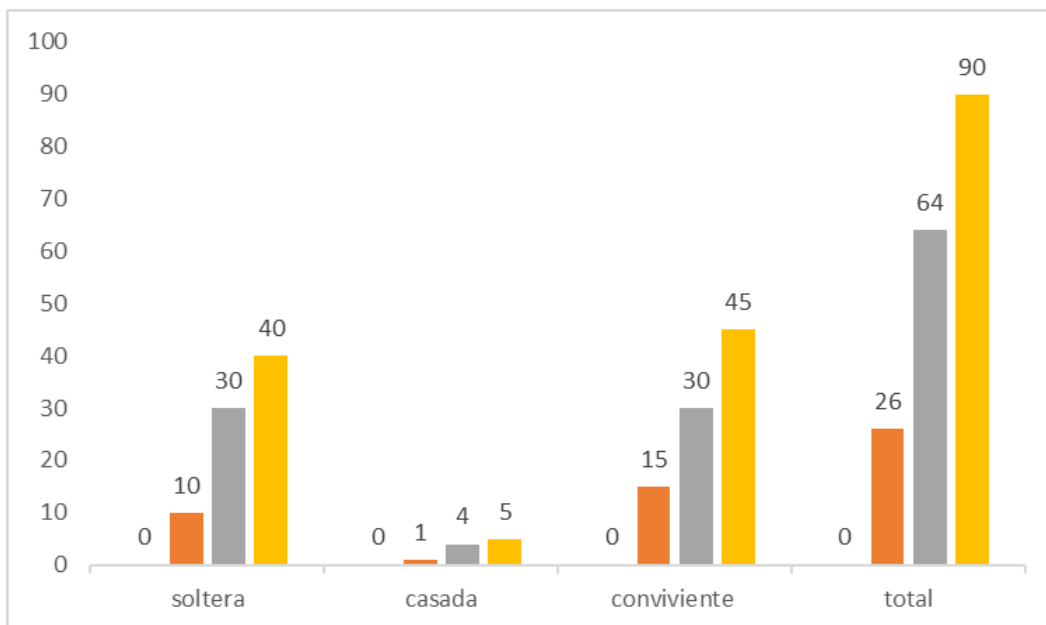
Estado civil de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

ESTADO CIVIL	GESTANTE ADOLESCENTE CON PARTO PRETÉRMINO			TOTAL	%
	TEMPRANA	MEDIA	TARDÍA		
SOLTERA	0	10	30	40	44,44
CASADA	0	1	4	5	5,55
CONVIVIENTE	0	15	30	45	50,01
TOTAL	0	26	64	90	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 4, se observa que el 50,01 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino son convivientes siendo este el mayor porcentaje seguido de gestantes adolescentes solteras con un 44,44 %, a si mismo se observa que hay un 5,55 % de gestante adolescentes casadas.



Fuente: tabla 4

Gráfico 4

Estado civil de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 5

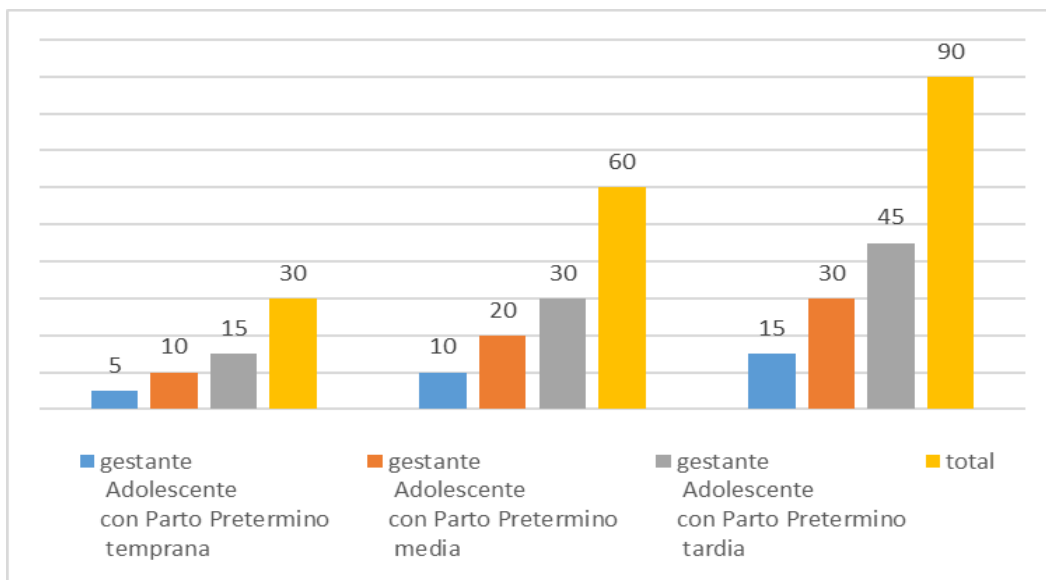
Procedencia de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

PROCEDENCIA	GESTANTE ADOLESCENTE CON PARTO PRETÉRMINO			TOTAL	%
	TEMPRANA	MEDIA	TARDÍA		
	URBANO	5	10		
RURAL	10	20	30	60	66,67
TOTAL	15	30	45	90	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 5, se observa que el 66,67 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino proceden de área rural siendo este el mayor porcentaje, a diferencia de las gestantes adolescentes con parto pretérmino que proceden del área urbana que representa un 33,33 %.



Fuente: tabla 5

Gráfico 5

Procedencia de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 6

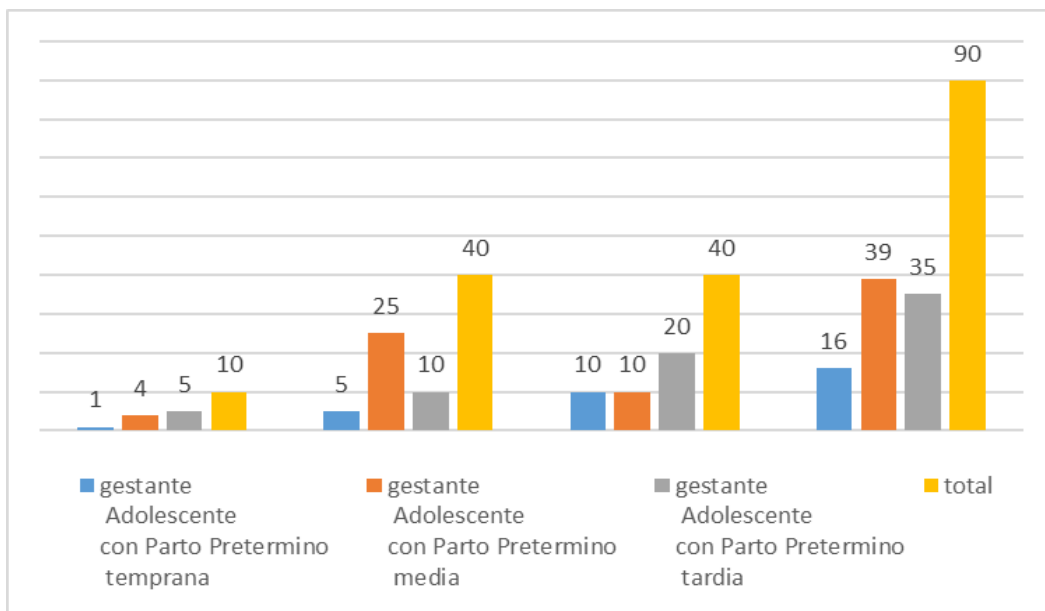
Ocupación de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

OCUPACIÓN	GESTANTE ADOLESCENTE CON PARTO PRETÉRMINO			TOTAL	%
	TEMPRANA	MEDIA	TARDÍA		
AMA DE CASA	1	4	5	10	11,11
ESTUDIANTE	5	25	10	40	44,44
EMPLEANDO	10	10	20	40	44,45
TOTAL	16	39	35	90	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 6, se observa que el 44,45 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino están empleando, siendo este el mayor porcentaje, seguido de un 44,44 % que representan las gestantes adolescentes con parto pretérmino; así mismo un 11,11 % de gestantes adolescentes amas de casa.



Fuente: tabla 6

Gráfico 6

Ocupación de las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 7

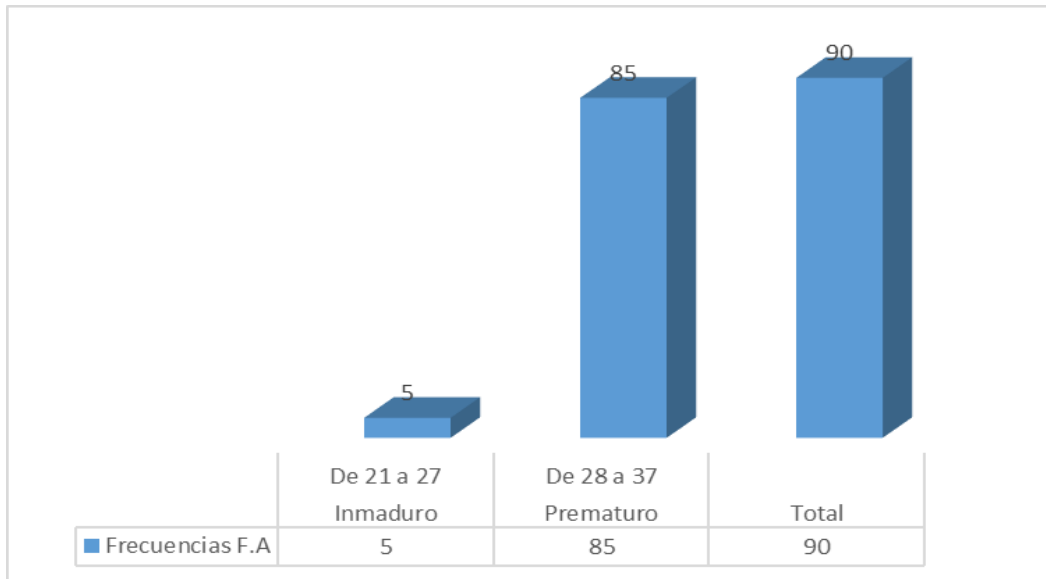
Frecuencia en clasificación parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue

PARTO PRETÉRMINO	CLASIFICACIÓN	FRECUENCIAS	
		F. A	%
INMADURO	De 21 a 27	5	5,5
PREMATURO	De 28 a 37	85	94,5
TOTAL		90	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 7, se observa que el 94,5 % de las gestantes con parto pretérmino son adolescentes con partos prematuros y el 5.5% parto inmaduro; Concluyendo que en el hospital HHUT, existe un alto número de casos de gestantes de parto pretérmino de clasificación prematuro.



Fuente: Tabla N° 7

Gráfico 7

Frecuencia en clasificación parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 8

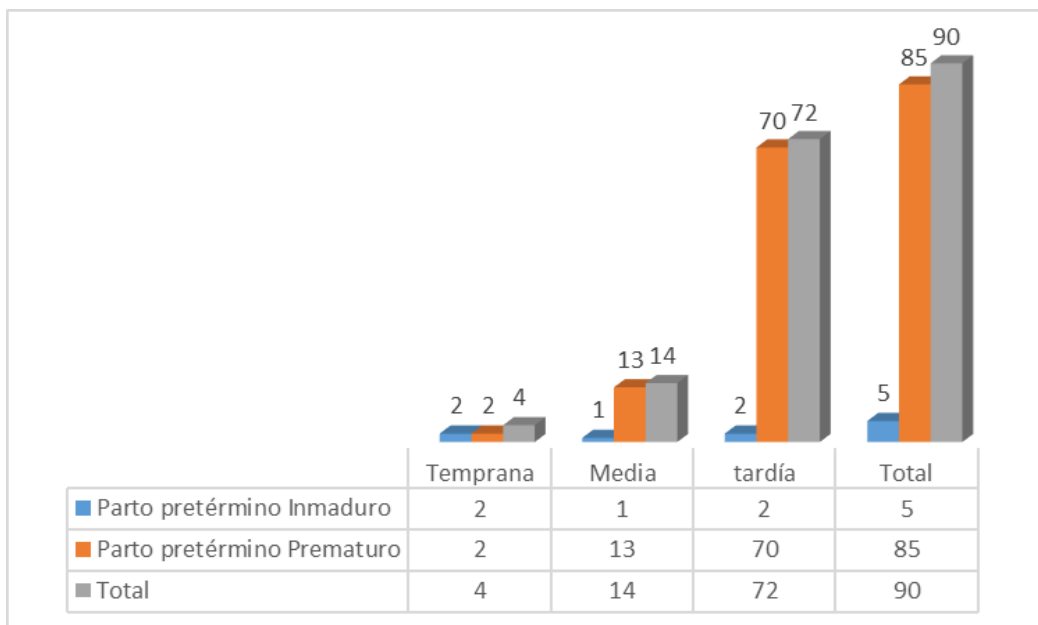
Análisis estadístico doble entrada sobre etapa de gestante adolescente y partos pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

ADOLESCENCIA	PARTO PRETÉRMINO		TOTAL	%
	INMADURO	PREMATURO		
TEMPRANA	2	2	4	4,55
MEDIA	1	13	14	15,55
TARDÍA	2	70	72	80
TOTAL	5	85	90	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 8, se observa que el 80 % de las gestantes son adolescentes tardías presentan parto pretérmino, el 15,55 % adolescencia media con parto pretérmino y el 4,55 % adolescencia temprana con parto pretérmino. Se concluye que en el hospital HHUT existe un alto número de casos de gestantes con adolescencia tardía con parto pretérmino.



Fuente: tabla 8

Gráfico 8

Análisis estadístico doble entrada sobre los niveles de gestante adolescente y partos pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue

Tabla 9

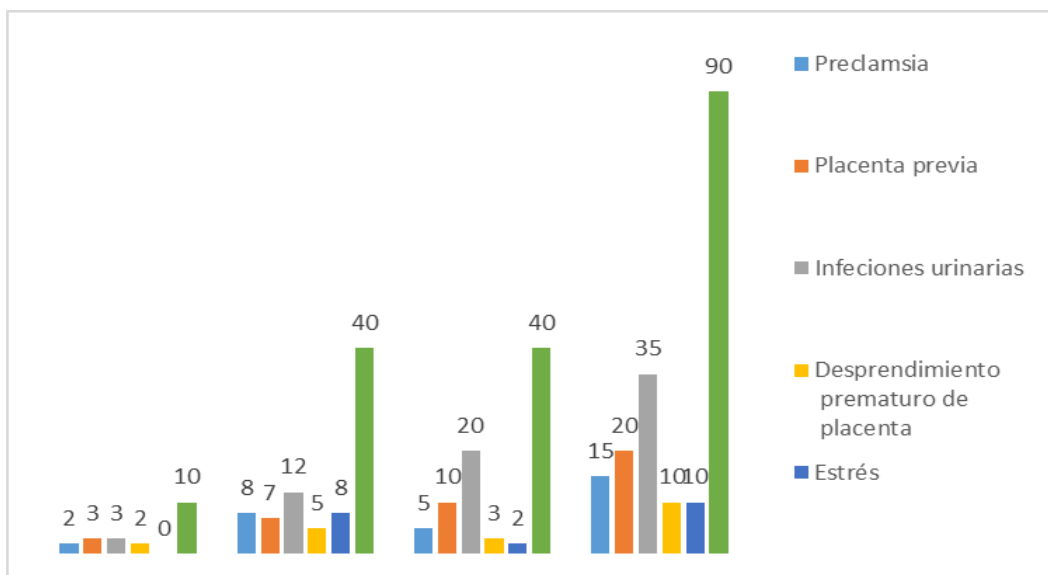
Análisis estadístico sobre etapa de gestante adolescente con parto pretérmino y factores de riesgo materno en el Hospital Hipólito Unanue

FACTORES DE RIESGO MATERNO	GESTANTE ADOLESCENTE CON PARTO PRETÉRMINO			TOTAL	%
	TEMPRANA	MEDIA	TARDÍA		
PRECLAMISIA	2	8	5	15	16,66
PLACENTA PREVIA	3	7	10	20	22,22
INFECCIONES URINARIAS	3	12	20	35	38,88
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	2	5	3	10	11,11
ESTRÉS	0	8	2	10	11,13
TOTAL	10	40	40	90	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 9, se observa que el 38,88 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino tienen infecciones urinarias siendo este el porcentaje más alto, el 22,22 % adolescentes con parto pretérmino tiene placenta previa. A diferencia de gestantes adolescentes con estrés que presento el mínimo porcentaje con un 11,13 %. Se concluye que en el hospital HHUT existe un alto número de casos de gestantes adolescentes de parto pretérmino con infecciones urinarias.



Fuente: tabla 9

Gráfico 9

Análisis estadístico sobre etapa de gestante adolescente con parto pretérmino y factores de riesgo materno en el Hospital Hipólito Unanue

4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

Para establecer el nivel de significatividad de los resultados del análisis estadístico correlacional, se procede con la aplicación de la metodología de la prueba de hipótesis, que consiste en dar un valor de significancia al resultado del coeficiente obtenido.

Para tal efecto se plantean las Hipótesis respectivas:

4.2.1 Formulación de las Hipótesis

H₀: La gestante adolescente no tiene relación con el parto pretérmino

H₁: La gestante adolescente tiene relación con el parto pretérmino

4.2.2 Determinación del tipo de correlación

Para el análisis de las variables de naturaleza cualitativa, el coeficiente de correlación adecuado es el de contingencia "V" de Cramer.

4.2.3 Formula de correlación

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{N(k-1)}}$$

Donde:

N = Es el número de individuos o puntuaciones
K = Número de líneas o columnas que sea menor

χ^2 = Es el coeficiente "Chi" cuadrado, que se calcula a partir de las frecuencias observadas (F_o) y las frecuencias esperadas entre las variables (F_e): Su fórmula es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

4.2.4 Decisión

El coeficiente de correlación obtenido es de: $V = 0.707$ que significa que existe relación fuerte, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa.

4.2.5 Prueba de significatividad de la correlación

Para establecer que si el valor del coeficiente de correlación, para un tamaño de muestra de 90 gestantes, es estadísticamente significativo, se aplica el criterio P value, donde la regla de decisión es:

p.value < 0,05 se rechaza la H_0

p.value > 0,05 se acepta la H_0

Comprobando el valor Sig. Aproximada y el valor del nivel de significación, se determina la decisión.

El valor p.value = 0,001 < 0,05

Luego con un valor de significancia del 0.007, existe evidencia para rechazar la hipótesis nula (H_0)

4.2.6 Conclusión

Como el valor del estadístico de prueba es $v = 0,7$ cae fuera del intervalo de aceptación, entonces se concluye con un nivel de confianza del 95 % que estadísticamente es significativa la evidencia de la existencia de la relación entre gestante adolescente y parto pretérmino en las gestantes del HHUT.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La gestación en adolescentes reviste una connotación de gravedad, ya que no sólo provoca consecuencias en la salud mental y física de la gestante adolescente, sino que también en el recién nacido que está en gestación teniendo dentro de las posibles complicaciones un resultado de parto pretérmino. Del grupo de gestantes adolescente estudiadas, se ha reconocido que el parto pretérmino en la gestante adolescente es un problema de salud pública, por lo que requiere mayor investigación y atención de organismos gubernamentales encargados de este tema.

En nuestra investigación las gestantes adolescentes que presentaron parto pretérmino se observan que el 15,16 % de las gestantes son adolescentes etapa media, se encuentran entre las edades de 14 a 16. Resultados similares se obtuvo en Yarinacocha-Pucallpa, R. Reátegui y N. Soledad donde se observa que el mayor porcentaje se encontraba en el grupo de edad entre 11 y 19 años, con una media de 16,3 años. Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pretérmino con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La incidencia de parto pretérmino fue 12,1 %. Si bien es cierto el porcentaje de gestantes adolescentes con parto pretérmino en la presente investigación es menor no deja de ser significativo y preocupantes los resultados, dejando notar las cifras que muestran importancia en salud pública de las variables estudiadas.²⁷

Por otro lado, un grupo de gestante etapa adolescente etapa tardía encontramos un 80 % del total de gestantes adolescentes con parto pretérmino resultados parecidos encontramos en la investigación de Valencia Laureano, Jimmy en Huancayo 2016 donde se observó un resultado de entre los factores sociodemográficos: El grupo de edad más frecuente fue (15 a 19 años) con un 97,8 % y Ruptura prematura de membranas el 13,3 %. Entre los factores obstétricos más frecuentes: El 51,1 % pertenecía a la categoría de prematuridad leve, primigestas el 68,89 %, primíparas el 80 %, el 62,22 % contaban con menos de seis controles prenatales, tenían anemia el 55,56 %, Preeclampsia el 22,22 %. Entre los factores patológicos más frecuentes: Tenían Infección del tracto urinario el 48,9 % y el 4,44 % presentaron vulvovaginitis. Se observa un porcentaje muy próximo en ambas investigaciones en cuanto a etapa de adolescente; además se evidencia que existe semejanza en relación con la anemia como complicación que en la presente investigación también obtuvimos un porcentaje similar de 78,88 %.²⁸

En nuestro estudio se observa que la gestante adolescente tardía tiene relación significativa con parto pretérmino en las gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018. Utilizando el análisis correlacional χ^2 de Cramer (v: 0,707) se comprueba que existe una fuerte correlación entre la gestante adolescente tardía y parto prematuro, con un nivel de confianza de 95 %. Dicho resultado es semejante al de investigación de María Erly Gamonal Tarrillo en Chota el 2017; teniendo como resultados En cuanto a los factores biológicos, la edad más frecuente fue de 17 a 19 años 76,5 %, talla mayor de 1.50cm 58,5 %, eran primíparas 80%. Problemas de la gestación

anterior, aborto incompleto 4,5 %, infecciones del tracto urinario 5,0 % y parto prematuro 3,0 %. Los factores obstétrico-frecuentes, infecciones del tracto urinario 53,0 %, la ruptura prematura de membranas 17 %, trabajo de parto prolongado 8 %, parto prematuro 6,5 %, y la hipertensión inducida por el embarazo 4,5 %. En cuanto a los factores sociales, la mayoría el estado civil convivientes 83,5 % y pertenecen a la zona rural 75,5 % En cuanto a los factores de riesgo económicos la mayoría son amas de casa 96,5 %, su ingreso es menor de un mínimo vital (S/.850 nuevos soles) 53 %. Se encontró relación estadística altamente significativa con los problemas del embarazo anterior ($p=0,000$). Asimismo, se encontró relación estadística significativa al relacionar los factores económicos. Para la ocupación ($p=0,002$) y el ingreso económico familiar ($p=0,0041$). Por tanto, se observa que existe relación en parto pretérmino y gestante adolescente etapa tardía en ambas investigaciones.²⁹

A sí mismo Del embarazo pretérmino registrados, las adolescentes correspondían al 29 % del total, eso equivale a 90 pacientes. Coincidiendo con los resultados hallados en un trabajo realizado en Tarapoto el 2017 de Arévalo F. donde las incidencias eran de 13,9 %, ligeramente más baja. Sin embargo, existen reportes en otros países tan altos como los 22,7 % que registra Dos Santos E. en un Hospital de la Ciudad de Corrientes en Argentina, así como reportes tan bajos de 10 % catalogado, aún con esa cifra, como “de muy alta incidencia”. Evidentemente el panorama es muy variado teniendo como criterio el lugar con el que se ejerce la comparación, por lo que el mejor indicador sería hacer comparaciones con datos del mismo hospital con años anteriores, sin embargo, no existe información actualizada que

cubran ese vacío de información. Si comparamos en este mismo estudio los porcentajes de las adolescentes con embarazo a término tienen un alto porcentaje ya sumadas en las diferentes etapas de la adolescencia Con esto podríamos concluir la falta de educación sexual juega un papel muy importante, y deban crearse medidas que faciliten el acceso a la información y a la salud en este grupo etario.³⁰

Se observó que en nuestra investigación existe un 38,88 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino tienen infecciones urinarias siendo este el porcentaje más alto, así mismo se observa que el 66,67 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino tienen grado de instrucción secundaria completa siendo este el mayor porcentaje seguido superior incompleta con un 16,66 %. resultados similares al de la investigación de Joyce Cristy Alarcón Celedonio en lima 2017 con un resultado: que los factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes fue tener instrucción incompleta ($p=0.028$; $OR=7.89$), la y la infección vaginal ($p=0.029$; $OR=2.41$). Se concluyó en dicha investigación que la falta de instrucción, la nuliparidad, el índice de masa corporal anormal, la ruptura prematura de membranas, la anemia y la infección vaginal son factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el año 2016.por cuanto se observó que ambas investigaciones coinciden con los resultados en cuanto grado de intrusión en factor socioeconómico y factores de riesgos maternos siendo estos porcentajes de importancia en salud pública y prestándose para ser atendidos con el protagonismo oportuno y personalizado.

Por último, Christian Wilfredo Sánchez Menacho demostró en su estudio de investigación en Lima 2014 que hay mayor frecuencia de parto prematuro en gestantes entre 19 a 24 años (35 %) seguida de adolescentes (20 %) y con edad gestacional entre 32 a 36 semanas (72 %). Con control prenatal inadecuado (52 %) y sin CPN (16 %). Nivel socioeconómico bajo (51 %) y periodo intergenésico < 2 años (45 %) y primigestas también fueron causas de parto prematuro. Las pacientes con estado civil conviviente el 73% de los casos y las solteras el 22 %. La anemia (32 %), ruptura prematura de membranas (22 %) y la infección urinaria (19 %) son las enfermedades intercurrentes más comunes. En los antecedentes obstétricos encontrados ocupan el aborto previo (29 %) y parto pretérmino previo (9 %). A si mismo se concluye que las principales características maternas presentes en el parto pretérmino fueron primigestas con control prenatal inadecuado y periodo intergenésico corto; así como la anemia materna, ruptura prematura de membranas y la infección urinaria. Si bien es cierto los porcentajes en cuanto a infecciones urinarias no es el más alto en la investigación existe un 19 % de gestantes que cuanta con este factor de riesgo materno; que haciendo comparación con la presente investigación que encontramos un 38,88 % de las gestantes adolescentes con parto pretérmino con infecciones urinarias llegando a ser este el factor de riesgo materno más alto en gestantes adolescentes con parto pretérmino; evidenciamos que dicho factor de riesgo es uno de las principales complicaciones que termina asociada al parto pretérmino, de ahí la importancia de un adecuado tratamiento y oportuno tratamiento.

CONCLUSIONES

- 1.** Se concluye que existe una relación significativa entre gestante adolescente y la prevalencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018
- 2.** Con respecto a las características socio demográficas se concluye que: Existe un porcentaje significativo en relación con las gestantes adolescentes de etapa tardía y la prevalencia de parto pretérmino con un grado de instrucción de secundaria incompleta, estado civil conviviente, de procedencia rural y ocupación empleado, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.
- 3.** En cuanto a los factores de riesgos maternos para el parto pretérmino se observó un número significativo de infecciones urinarias como mayor complicación para parto pretérmino en las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017-2018.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las obstetras que durante el control prenatal brindar una atención prenatal integral, de preferencia en un ambiente diferenciado, donde se diagnostique y trate oportunamente a la gestante adolescente, así ella pueda sentirse a gusto y atendida con una atención particular, donde se pueda diagnosticar y a la vez tratar oportunamente las infecciones vaginales u otro factor que puede incrementar el riesgo de parto prematuro. Así mismo se aconseja brindar a las adolescentes una mayor información acerca de planificación familiar.
2. Se sugiere al profesional de obstetricia diseñar y ejecutar estrategias de promoción y prevención que ayuden a disminuir la gestación en adolescentes; plantear propuestas de parte del personal de obstetricia para considerar que exista consultorios obstétricos dentro de las instituciones educativas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y empoderarlas para que logren tener toma de sus propias decisiones en cuanto a embarazos planificados y esperados.
3. Se sugiere realizar estudios comparativos de las complicaciones en gestantes adolescentes que se relacionen con parto pretérmino. Asimismo, Realizar coordinaciones multidisciplinarias, salud educación, servicio social, psicología, etc. A fin de crear proyectos de apoyo a la adolescente, Especialmente a las gestantes adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Planificación familiar: World Health Organization; 2017 [updated 2017-10-12 14:47:59. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
2. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein* (3). 2015;13(4):618-26.
3. Holguín M YP, Mendoza T LA, Esquivel T CM, Sánchez M R, Daraviña B AF, Acuña P M. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev chil obstet ginecol*. 2013;78(3):209-19.
4. Documento técnico situación de salud de adolescente y joven en el Perú 2017, ministerio de salud.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estado de la población peruana al 30 de junio del 2015.[publicación digital]. [09/07/15]. Lima- Perú. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe> .
6. OMS. Embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva nº 364. Actualización de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
7. United Nation Population Fund Newswire. Estado de la población mundial 2014. Maternidad e la infancia: enfrentar el desafío del embarazo adolescente. 2013. UNFPA: 132

8. Montano Vega, Giuliana (2017). Asociación entre la anemia y complicaciones materno-fetales del servicio de gineco-obstétrica del Hospital nacional Daniel Alcides Carrión, 2017.
9. Olga BC, factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del hospital Hipóuto Unanue De Tacna2014.
10. Ingrid YA, Complicaciones maternas como consecuencia de la violencia física en gestante adolescente. HHUT 2016
11. Rodríguez, Niurka Rodríguez R, Ángela Cala B, Alberto Rodríguez R, María Antonia Acosta Ortiz Acosta O, Dalila G. Risk factors associated with pregnancy in adolescent. 95. 2017.
12. Instituto nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar 2016 (endes). [publicación digital] Lima, mayo 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digital es/Est/Lib1433/in dex.html 36
13. Mendoza W, Fondo de Población de las Naciones Unidas LP, Subiría G, Fondo de Población de las Naciones Unidas LP. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Perú med exp salud pública. 2013;30(3):471-9.
14. Mechato a. Epidemiología del embarazo en adolescentes en el hospital II-2 Santa Rosa. Junio- diciembre 2011. Piura- Perú, Repositorio universidad nacional de Piura. 2015, Perú.
15. Cabezas Garcia, Diego Armando, Lorena Balderrama, Cossio, Borda Gonzales, Víctor Juan, Colque Choque, Cesar Enrique, &

Jiménez de Sanchez, Maritza. *Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazo, en centros de salud Sarcobamba y Solomon Klein Enero 2010 - 2011. Revista Científica Ciencia Médica, 15(1), 11-13.* Recuperado en 16 de diciembre de 2018.

16. Doris AC, Yesenia HP, et al. Complicaciones maternas y fetales en adolescentes que acuden al centro de salud matern infantil del peru. Lima jul. 2018.

17. Gutiérrez, F. Y. (2015). Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú: Periodo mayo 2010 – marzo 2011. *Acta Médica Peruana.*

18. José Ramón Urdaneta Machado, P. M. (2015). *Anemia materna y peso al nacer. revista chilena de obtetricia y ginecología.*

19. Oscar MG, Guillermo GG, y col (2015). *Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.*

20. García C y col Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño durante enero a febrero del año 2015".2016

21. Thomazini IF y col Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura 2016

22. Luis MV. "factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio de ginecologíaobstetricia del hospital provincial general Latacunga en el mes noviembre 2012 - abril del 2013".2014
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7981/1/Manuel%20Ricardo%20Recalde%20Bermeo.pdf>
23. Santiago R. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre – Niño "San Bartolomé" – 2016
24. Olga B. factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010. 2011.
25. Minsa. (2018). tres de cada diez gestantes en el Perú tienen anemia.
26. Shessira GH y Susana OC, 2015. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015.
27. Organización Mundial de la Salud. *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1)
28. Francisca SS. Y col Prevalencia *de la anemia ferropénica en mujeres embarazadas*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(1), 5-9. Recuperado en 16 de diciembre de 2018.

29. Jimmy VL. "factores relacionados al parto pretérmino en pacientes adolescentes gestantes del hospital materno infantil el Carmen - Huancayo, 2015"
30. Maria GT. relación entre los factores biológicos, obstétricos, socioeconómicos y el embarazo en adolescentes. hospital José Soto Cadenillas, chota – 2015.
31. Sandra EB. asociación entre parto pretérmino y embarazo adolescente en el hospital III Essalud José Cayetano Heredia, Piura, enero-diciembre 2017.2018