

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

TESIS

Presentada por:

Bach. Olga Bárcena Cohaila

Para optar el Título Profesional de

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMAN -TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL**

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

TESIS


Presentada por:

BACH. OLGA BÁRCENA COHAILA.

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por Unanimidad; ante el siguiente jurado


Mgr. Elena Cachiatari Vargas
Presidenta


Méd. Luis David Vela Moscoso
Miembro


Méd. José Ferrer Rojas
Miembro


Méd. Claudio Ramírez Atencio
Asesor

Registro N° _____ Escuela: Medicina Humana

Bachiller: Olga Bárcena Cohaila

Fecha de Sustentación: 09.03.2011

Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 16

Calificativo: Bueno

- Jurado: - Mgr. Elena Cachicatari Vargas - Presidente
- Méd. Luis David Vela Moscoso - Miembro
- Méd. José Ferrer Rojas - Miembro

Observaciones: _____



DEDICATORIA

**A mi padre, por su ejemplo,
dedicación y paciencia durante
estos años**

**A mi madre, mi mejor amiga,
por su apoyo incondicional e
incansable**

AGRADECIMIENTOS

**Al Méd. Claudio Ramirez por sus
consejos y sabias enseñanzas
durante mi carrera profesional.**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I DEL PROBLEMA

1.1.- EL PROBLEMA	3
1.1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1.3.- INTERROGANTES BÁSICAS DEL PROBLEMA	4
1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	5
1.3.- JUSTIFICACIÓN	6
1.4.- HIPÓTESIS	7

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES	8
2.1.1.- ANTECEDENTES NACIONALES	8
2.1.2.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES	12
2.2.- MARCO TEÓRICO	16
2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	28

CAPITULO III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO	35
3.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	35

3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	36
3.4.- POBLACIÓN	37
3.5.- MUESTRA	37
3.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	39
3.7.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	39
3.8.- VARIABLES DE ESTUDIO	39
CAPITULO IV RESULTADOS	42
CAPITULO V DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	63
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia se considera una situación de riesgo para la salud de la madre y del recién nacido. Asimismo, la prematuridad es causa frecuente de muerte neonatal. El objetivo del presente estudio es identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretermino 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 pretermino (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 pretermino fue 6,7%. La mayoría de gestantes adolescentes que presentaron parto pretermino 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 pretermino entre las embarazadas adolescentes son: tener <7 controles prenatales (OR=3,56), anemia materna (OR=1,74), preclampsia (OR=4,72), amenaza de aborto (OR=7,84) y ruptura prematura de membranas (OR=12,45).

Palabras claves: Embarazo adolescente, parto pretermino.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno bio-psico-social de gran importancia. En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo en adolescentes. Su prevalencia va en aumento y varía a nivel mundial.

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. Las estadísticas locales de nuestro departamento indican que el 17.9% de los partos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue se presentan en menores de 19 años.

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

La prematuridad es la causa más frecuente de muerte neonatal, y depende de la calidad de atención que se le brinde a la mujer embarazada durante las distintas etapas del proceso reproductivo y reconocer los factores desencadenante del parto pretérmino se podrá reducir la mortalidad neonatal.

El objetivo del presente estudio es 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, el presente trabajo consta de cinco capítulos, los cuales son desarrollados a continuación.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1.- EL PROBLEMA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los embarazos en adolescentes son causas comunes de atención en el área de Gineco-Obstetricia. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planificados y probablemente no deseados. El embarazo en adolescentes es un gran problema de trascendencia en salud pública por encontrarse vinculado no sólo con factores de riesgo clínicos, sino también socioeconómicos.

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo para parto pretérmino en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006-2010?

1.1.3 INTERROGANTES BÁSICAS DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la frecuencia del embarazo en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna?
- ¿Cuál es la frecuencia del parto pretérmino en las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?
- ¿Cuáles son las principales características maternas, del parto y del recién nacidos de las gestantes adolescentes?
- ¿Cuál es el grado de asociación entre las características gineco-obstétricas y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes?
- ¿Cuál es la frecuencia de mortalidad fetal y neonatal del parto pretérmino de las madres adolescentes?

1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006-2010.

1.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la frecuencia del embarazo en las adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Determinar la frecuencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Describir las principales características maternas, del parto y del recién nacidos de las gestantes adolescentes.
- Establecer el grado de asociación entre las características gineco-obstétricas y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes.

- Determinar la frecuencia de mortalidad fetal y neonatal del parto pretérmino de las madres adolescentes.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio aborda un problema de interés local, debido a la alta incidencia de embarazos en adolescentes que acuden a los servicios de salud de nuestra región que significan el 20% del total de partos ¹. El embarazo en adolescentes está considerado dentro de las principales líneas de investigación en nuestra región. A pesar de esto, la bibliografía local al respecto es muy escasa, por lo que con el presente trabajo de tesis se pretende conocer los factores de los embarazos de adolescentes que se asocian a una complicación frecuente del embarazo como es el parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El estudio constituye un trabajo de investigación original y posible de realizar. Creemos que el desarrollo del tema propuesto es importante y se justifica, ya que permitirá un diagnóstico precoz de los embarazos en adolescentes con alto riesgo de parto pretérmino y nos

¹ Ticona Rendón. Riesgos en el Recién Nacido De Madre Adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Pag.9

brindará la posibilidad de mejorar el control prenatal y de esta manera poder evitar otras posibles complicaciones.

1.4.- HIPÓTESIS

Hi: Tener pocos controles prenatales, presentar anemia materna, ruptura prematura de membranas y otras complicaciones del embarazo, incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino en las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna atendidas durante los años 2006 - 2010.

Ho: Tener pocos controles prenatales, presentar anemia materna, ruptura prematura de membranas y otras complicaciones del embarazo, no incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino en las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna atendidas durante los años 2006 - 2010.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1.- NACIONALES

Son pocos los estudios que han investigado la prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en adolescentes en nuestro medio.

En nuestro departamento, Ticona Rendón, Manuel (2000); publicó un estudio sobre factores de riesgo de los recién nacidos de madres adolescentes (11-19 años) atendidas en el Hospital "Hipólito Unanue" de Tacna en comparación con recién nacidos de madres adultas (20-34 años) durante los años 1992-1996. Encontrando que el 19,0% eran recién nacidos de madres adolescentes. Ticona, explica "Los recién nacidos de madres adolescentes nacen en condiciones socioeconómicas y culturales más desfavorables que los recién

nacidos de madres adultas. Además, presentan una talla y peso materno promedio menor que las adultas lo que condiciona a que sus RN tengan peso, talla y perímetro cefálico promedio menor a los RN de madres adultas. Sus madres tienen menor frecuencia de controles prenatales y en las que tienen algún control, el primero es más tardío que en las adultas. Teniendo durante el embarazo 2,52 veces mayor riesgo de presentar eclampsia. Los recién nacidos de madres adolescentes presentan significativamente un mayor riesgo de prematuridad (RR=1,63), bajo peso al nacer (RR=1,36), retardo de crecimiento intrauterino (RR=1,34) y membrana hialina (RR=2,10) que los recién nacidos de madres adultas, todos estos factores determinan un incremento en la mortalidad neonatal precoz, la cual resulta siendo el doble de la encontrada en los hijos de madres adultas ¹.

Apaza C, (2006); reportó que durante el periodo de estudio el parto en adolescentes presentó una prevalencia del 20.07% del total de partos. Los factores obstétricos que incrementaron el riesgo de muerte neonatal precoz fueron: el antecedente de 2 o

¹ Ticona Rendón. Riesgos en el Recién Nacido De Madre Adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Diagnóstico. Vol.39-numero 1. Perú. 2000.

más gestaciones previas (O.R.= 24.9), el parto pretérmino (O.R.= 44.3), Tener entre 1 a 3 Controles prenatales (O.R.= 9.8), el Retardo de Crecimiento Intrauterino (O.R.= 15.6, $p < 0.001$), la Pre eclampsia Severa (O.R.= 8.3), y el Embarazo Doble (O.R.= 8.3, $p < 0.05$)².

Cauna Paria (2008); comprobó en su estudio que existe asociación significativa entre el parto pretérmino y las enfermedades hipertensivas del embarazo. Se concluyó que los partos pretérmino representan el 5.6% de los partos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue, siendo los más frecuentes los partos pretérmino leves (62,7%), además se encontró que la asociación entre el parto pretérmino y el número de controles prenatales de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo, específicamente con la pre eclampsia leve y la pre eclampsia severa, no tiene asociación significativa entre la edad materna ni el antecedente de parto pretérmino³.

² Apaza Curazi J. Factores maternos asociados a la mortalidad neonatal precoz en las adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2001-2006. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. 2007.

³ Cauna Paria Giulliana. Enfermedad Hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2004-2008. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú 2008.

Riva Reategui realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas. Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pretérmino con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La incidencia de parto pretérmino fue 12,1% y el tipo más frecuentemente observado fue el parto pretérmino moderado. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y 19 años, con una media de 16,3 años (DE +/- 2,6) para los casos y 17,2 años (DE +/- 2,7) para los controles. Las características demográficas más importantes fueron: estado civil conviviente, instrucción predominante secundaria, nulíparas, residencia en zona urbana marginal y riesgo social alto. Los factores que incrementaron el riesgo de parto pretérmino espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95% IC 1,2 – 2,4). No se demostró asociación con el índice de masa corporal, el antecedente de

abortos y el antecedente de infección de vías urinarias durante la gestación actual⁴.

2.1.2.- INTERNACIONALES

Manrique Riscalde (2004); realizó un estudio similar en Venezuela y encontró que la prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %. Se presentaron patologías maternas (85,3 %) y complicaciones perinatales (38,2 %). Las principales complicaciones maternas fueron anemia (53,6%), ruptura prematura de membranas (20,2%), infecciones (17,8%), Pre eclampsia (6%). Dentro de las complicaciones perinatales de los recién nacidos reportaron: sepsis (33,3%), ictericia (29,2%), muerte (20,8%) y síndrome de distrés respiratorio (12,5%). Los autores concluyen que el parto pretérmino es una complicación presente en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel socioeconómico, lo que puede deberse a que en las poblaciones rurales y urbanas

⁴ Riva Reategui Norma, (2004): Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Pag 11.

marginales la unión a un cónyuge y la maternidad se convierten en los objetivos de la joven mujer. Además que existe asociación significativa entre la edad de la adolescente embarazada y las patologías asociadas, a mayor edad menos patologías asociadas⁵.

Araujo Nader (2007); asegura que el 5,7% de los partos pretérmino se presenta en adolescentes de 10 a 14 años, y el 94,2% en adolescentes de 15 a 19 años. El 73,2% de las adolescentes con parto pretérmino eran solteras, 88,7% eran estudiantes de secundaria, y 65% eran de ocupación amas de casa. La edad materna y el estado civil se asociaron significativamente al parto pretérmino ($p=0,016$ y $0,014$ respectivamente). Solo el 34,9% de los partos pretérmino tenían ≥ 7 controles prenatales, comparado al 55,6% de los partos a término, asociación que fue significativa ($p=0,000$). El embarazo doble se asoció a la prematuridad ($p=0,000$), el embarazo doble se presentó en 7,6% de los partos pretérmino y apenas 0,7% en los a término. La tasa de cesárea en los

⁵ Manrique Riscarle, Rivero Airlen, Ortunio Magaly, Rivas Marianela, Cardozo Rosa, Guevara Harold. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y ginecología. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3):144-149.

pretérmino fue 39,5% y 37,4% en los partos a término (p=0,174)⁶.

Oviedo Cruz (2007); encontró que la tasa de prematuridad fue de 10.8%. Todas las pacientes ingresaron a control prenatal desde la sexta semana de gestación. La mayoría de las pacientes fueron primigestas: 93.7%; las secundigestas representaron 6.0%. Hubo trabajo de parto espontáneo en 39.3% de las pacientes. En 60.7% de las adolescentes la causa principal de nacimientos pretérmino fue alguna condición que impidió la continuación del embarazo. Los principales desencadenantes del trabajo de parto pretérmino fueron: rotura prematura de membranas en 18.7%; pre eclampsia y eclampsia 10.3%; parto gemelar 10.3%; restricción del crecimiento intrauterino 5.6% y defectos congénitos en 5.6%. Se resolvieron por vía vaginal en 40.5% y 59,5% por cesárea⁷.

Montero y cols. Reportaron en su estudio que la edad materna más afectada fue 18-20 años (55,6% de casos), seguido de 15-

⁶ Araújo Nader P, Alborghetti Cosme L.(2007) Parto prematuro en adolescentes: la influencia de variables socio demográficas y reproductivas, *espírito*: 338-345.

⁷ Oviedo Cruz H, Lira Plascencia, (2007) Ito Nakashimada Grosso Espinoza. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*. Pág 14

17 años (27,8%) y 12-14 años (16,6%). El 77,8% eran primíparas y 16,6% eran segundigestas. El 60% de pacientes no presentaron enfermedades asociadas. El 15% presentaron ruptura prematura de membranas, 10% anemia, 5% infección urinaria, 5% HIV y 5% eclampsia ⁸.

⁸ Montero S, Hernandez D, Alvarez H, Nuñez S Batista N. (2003) Frecuencia de parto pretérmino en adolescentes embarazadas. Pág 15.

2.2.- MARCO TEORICO

2.2.1.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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 edad⁹.

La adolescencia se ha dividido en dos etapas:

- Adolescencia precoz: 10-14 años.
- Adolescencia tardía: 15-19 años.

La sexualidad es parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para las adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto.

⁹ Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia (2005), Pág 58.

Cuando se analizan las tasas de fecundidad por grupos de edad, se observa que hay una tendencia a disminuir en las mujeres con edades superiores a los 20 años no ocurriendo lo mismo en las menores de 20, de ahí que la proporción de embarazos en adolescentes ha pasado a tener mayor importancia.

Del total de embarazos en una población determinada no todos llegan a término, ya que existen diversos factores que influyen en el buen desarrollo del feto. La tasa de mortalidad perinatal en las madres de 10-15 años es 1.8 veces mayor que en las madres de 16-19 años ¹⁰.

En América Latina en comparación con los nacidos de madres de 20-34 años de edad, los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer de sufrir malnutrición o malformaciones congénitas¹¹.

¹⁰ MINSA. Programa de Atención Integral a la Adolescencia: Bases programáticas. Ministerio de Salud de Nicaragua. 2ª Edición. MINSA/OPS/OMS/ASDI. Agosto 2000.

¹¹ OPS. Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. International Program Population Reference Bureau , INC November 2002.

2.2.2.- CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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 0 = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

La adolescente embarazada implica una conceptualización más amplia que los límites de la organicidad Gineco-obstétrica, por ser un área que debe estar centrada en la ginecología, incluye también aspectos sociales, legales y de salud mental, indispensables en el manejo clínico de las pacientes.

El costo de término de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible. La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico

bajo, inestabilidad familiar, expectativa respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

Por lo tanto, cuando no es posible su prevención, esto constituye una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal; sin embargo en aquellas adolescentes del grupo de 15-19 años cuando la familia y la sociedad le brindan su apoyo, incluyendo un eficiente control prenatal y atención profesional del parto y del recién nacido, el riesgo materno –perinatal es semejante al de embarazadas adultas y francamente menor que el de adolescentes embarazadas no incluidas en un sistema de atención integral ¹⁰.

La mayor parte de la información disponible sobre fecundidad de las adolescentes, se registra en el grupo de 15-19 años, sin embargo también se registran embarazos en grupo de 10-14 años, pero, salvo en algunos países, no se cuenta con información al respecto, esta resulta imprescindible porque, si bien numéricamente no es

¹⁰ MINSA. Programa de Atención Integral a la Adolescencia: Bases programáticas. Ministerio de Salud de Nicaragua. 2ª Edición. MINSA/OPS/OMS/ASDI. Agosto 2000.

importante, este grupo tiene un mayor riesgo de complicaciones y muerte.

Si bien las tasas de fecundidad de 10-14 años no son tan altas, comparadas con el grupo de 15-19 años, debe recordarse que la adolescente precoz, (10 a 14 años), aún se halla en proceso de crecimiento físico, y desarrollo psicoemocional, y por lo tanto tendrá mayor probabilidad de complicaciones en un eventual embarazo y parto.

2.2.3.- EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL PERU

Existen millones de adolescentes mujeres en el mundo expuestas a riesgos que las pueden llevar a embarazos no deseados. En nuestro medio, el inicio temprano de la sexualidad se está generalizando cada vez más. La prevalencia del embarazo en la adolescencia está estimada en un promedio de 10% en toda la población de mujeres de 15 a 19 años. En los hospitales del Ministerio de Salud, 20%

del total de partos en un año corresponden a madres de entre 10 y 19 años, 20% de este grupo tiene ya como antecedentes de dos a cuatro embarazos, abortos y partos, convirtiéndose en un problema de salud pública por el aumento de la morbi-mortalidad materna, el cáncer de cuello uterino, las enfermedades de transmisión sexual y los productos con bajo peso al nacer, sin contar las secuelas psicosociales que de ello se desprenden ¹¹.

Por otro lado, nuestro país ostenta una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina (30/100,000 nacidos vivos). El embarazo en la adolescencia contribuye a esta cifra en forma directa hasta de 15% y en una forma indirecta mayor aún, ya que iniciando la paridad en la adolescencia, la mujer está más expuesta al riesgo de intervalo intergenésico.

Un aspecto ampliamente documentado en la literatura internacional es la relación directa entre embarazo temprano y bajo peso del producto al nacer.

¹¹ OPS. Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. International Program Population Reference Bureau , INC November 2002.

Esto conlleva a una serie de limitaciones en el inicio de la vida de cualquier menor, tanto para el incremento de la morbilidad como de la mortalidad; si no se toma en cuenta esta realidad, no se puede garantizar la participación plena de la adolescente en el desarrollo futuro de nuestro país.

Ser madre adolescente implica en muchos casos no poder trabajar ni estudiar, porque no tienen apoyo en el cuidado de sus hijos y, en algunos casos, se vive hacinada al interior de una familia ampliada por la falta de recursos económicos. Éste es el perfil que presentan algunas adolescentes-madres pobres de Perú ¹².

2.2.4.- PARTO PRETERMINO

El parto pretérmino no tiene una incidencia igual en todos los países, ocurre antes de las 37 semanas de gestación, tiene una incidencia en los países desarrollados de 8-10% del total de partos, en los estados unidos la mortalidad de lactantes en 1992 fue de 8.5 por 1000 nacidos vivos, el bajo

¹² MINSA. Guía para la atención integral de la embarazada adolescente, Lima.2000, pág 36

peso al nacer y los nacimientos de prematuros son las principales causas de mortalidad. En los países subdesarrollados se presentan cifras superiores al 20% del total de partos ¹³.

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 casos¹⁴.

La normatización de la amenaza de parto pretérmino permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica. Las diez patologías maternas más frecuentemente asociadas con partos pretérmino: hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de

¹³ Torres Castro C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de lima, Perú (1999). Rev. La Ventana, Nº 16 / 2002

¹⁴ Dimitrios S Mastrogiannis, MD, PhD. Clínica de perinatología 2000;45-62

membrana, hipertensión crónica, placenta previa, aloinmunización Rh, embarazo múltiple, infección urinaria, sífilis, cardiopatías congénitas y diabetes mellitus.

Depende de la calidad de atención que se le brinde a la mujer embarazada durante las distintas etapas del proceso reproductivo. Las intervenciones obstétricas y pediátricas mejoradas han aumentado de manera uniforme la supervivencia en prematuros, y disminuido los límites de viabilidad, hasta hace poco, se consideraba que 28 semanas constituían la edad gestacional óptima para la terapéutica activa. Las actitudes del médico hacia el tratamiento enérgico y el parto de fetos prematuros tiene gran importancia para obtener buenos resultados. La comunicación entre los miembros del equipo perinatal, y la comunicación estrecha entre obstetras y neonatólogos, sin duda mejorarán el resultado óptimo¹⁵. En América latina el bajo peso al nacer, representa aproximadamente el 9% de todos los nacimientos y en promedio el 55% corresponden a gestaciones de pretérmino, las cifras se modifican

¹⁵ Botero Jaime. Obstetricia y ginecología 6ta edición 2000;346 -356

considerablemente en países desarrollados donde la atención perinatal está muy avanzada. La normatización de la amenaza de parto pretérmino permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica¹⁵.

El parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y de mortalidad perinatal; 65% de muerte perinatal. La mortalidad perinatal estándares del 23%, La neonatal es de 10% y la fetal tardía es de 13%.

2.2.5.- PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a pre eclampsia, 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

¹⁵ Botero Jaime. Obstetricia y ginecología 6ta edición 2000;346 -356

años), y que por lo general las tardías (18-20 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa¹⁶.

Se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6-10 % de todos los nacimientos¹⁷. Otros autores 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 las adolescentes, grupos familiares y sociedad. Su relevancia clínica radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil¹⁸.

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

¹⁶ Cabero Ruora, Medicina Materno infantil. 1999;123-167

¹⁷ 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

¹⁸ 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.

limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo pueden estar presentes¹⁹.

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.

¹⁹ 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(5):481-487.

2.3.- DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Edad materna:** Tiempo en años cumplidos de la puérpera adolescente. Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la puérpera adolescente al momento de la entrevista.
- **Numero De Gestaciones anteriores:** Es la cantidad de embarazos al momento de la entrevista.
- **Estado civil:** Condición de la puérpera relacionada con el código civil. convivencia con pareja o no según declaración de la propia puérpera.
- **Nivel educativo:** Nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria. ultimo año aprobado.
- **Ocupación:** Empleo, oficio, actividades diarias de la embarazada. tareas, desempeño de actividades diarias de la embarazada según su realización.
- **Procedencia:** Origen de donde proviene la embarazada, para conocer la distancia estimada de su casa al centro asistencial.
- **Edad gestacional:** Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional

se expresa en semanas y días completos. Se basa en FUR y debe ser confirmada más tarde por Ecografía antes de las 26 semanas.

- **Embarazo normal:** Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.
- **Embarazo de alto riesgo:** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.
- **Emergencia obstétrica:** Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.
- **Muerte materna:** Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

- **Aborto:** Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.
- **Parto:** Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.
- **Distocia:** Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- **Eutocia:** Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.
- **Parto pretérmino:** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **Parto con producto inmaduro:** Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.
- **Parto con producto prematuro:** Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **Parto con producto a término:** Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

- **Parto con producto a postérmino:** Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.
- **Puerperio normal:** Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.
- **Nacimiento:** Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.
- **Recién nacido:** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- **Recién nacido vivo:** Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios. Otra clasificación los coloca independientes de la edad gestacional.

- **Recién nacido inmaduro:** Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- **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.
- **Recién nacido pretérmino:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **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.
- **Recién nacido postérmino:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- **Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.
- **Recién nacido De bajo peso (hipotrófico):** Cuando el peso resulta inferior de la percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- **Recién nacido De peso adecuado (eutrófico):** Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentil 10 y 90 de la

distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

- **Recién nacido De peso alto (hipertrófico):** Cuando el peso corporal sea mayor a la percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- **Nacido vivo:** expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, el cual después de dicha separación , respire o muestre cualquier otra señal de vida, tales como latido cardíaco o pulsación de cordón umbilical.
- **Muerte fetal:** muerte ocurrida antes de la completa expulsión o extracción del producto de la concepción, independiente de la duración del embarazo.
- **Muerte fetal precoz (Aborto):** expulsión o extracción desde la madre de un feto o embrión con una edad gestacional inferior a 22 semanas o peso inferior a 500 gramos.
- **Muerte fetal tardía (Mortinato):** muerte antes de la expulsión o parto en que la edad gestacional es superior a 22 semanas completas o el peso es de 500 gramos o más.
- **Mortinato o nacido muerto:** Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más

de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.¹⁷

¹⁷ 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

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS

3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, analítico, de casos y controles.

3.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Las pacientes consideradas para el estudio fueron todas aquellas adolescentes hospitalizadas para atención del parto y que cumplan los criterios de inclusión. La información requerida se obtendrá de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) de los años 2006-2010, esta base de datos considera información general de las características maternas, del embarazo, del parto, del nacimiento, morbilidades de la madre y del recién nacido.

Se tuvo acceso a la base de datos del SIP, de donde se recolectó la información requerida de las historias de cada paciente seleccionada. Se formaron dos grupos: grupo de casos conformado por 101 adolescentes con parto pretérmino y 303 controles, conformado por adolescentes cuyo final del embarazo culminó con parto a término.

3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La información obtenida de las fichas perinatales del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) de cada paciente, fue ordenada según cada variable de estudio. Se elaboraron cuadros de frecuencias absolutas y relativas, sólo en el caso de variables cuantitativas se presentaron medidas de tendencia central como media y desviación estándar. Posteriormente, los resultados se presentaron en gráficos.

Para el análisis de la información se utilizó el Software estadístico SPSS v. 17.0. Para identificar los factores asociados al parto pretérmino se utilizó la prueba chi cuadrado. Y para cuantificar el grado de asociación y riesgo que representaba cada variable se

calculó el Odds Ratio. Para todas las pruebas se usó un nivel de significancia $p < 0,05$.

3.4.- POBLACIÓN

Durante los años 2006 y 2010, se atendieron 11137 partos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de los cuales 2400 fueron partos de madres adolescentes, lo que representa una tasa del 21,5% de partos en adolescentes. Además se reportaron 745 partos pre términos, de los cuales 101 se presentaron en adolescentes.

3.5.- MUESTRA

El estudio incluyó un grupo representativo de gestantes adolescentes con parto pretérmino. Se seleccionaron 101 adolescentes y el tipo de muestreo fue por conveniencia. Los 101 partos pretérminos en adolescentes constituyeron nuestro grupo de casos. Y se seleccionaron de manera aleatoria: 303 controles (3 controles por cada caso) entre las adolescentes cuyo parto fue a término.

Las gestantes fueron divididas en dos grupos de estudio: un grupo de casos y otro grupo de control, constituidos por gestantes adolescentes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión

- **Casos:** gestante adolescente con parto pretérmino (<37 semanas de gestación). El presente estudio incluyó a los 101 casos identificados.
- **Controles:** gestante adolescente con parto a término (entre 37 y 42 semanas de gestación). Se consideraron tres controles por cada caso, los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria simple.

Como marco muestral se utilizó el registro de gestantes del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna de los años 2006-2010. La unidad de muestreo fue cada gestante seleccionada para el estudio. Y la unidad de análisis está constituida por la historia clínica perinatal de cada gestante seleccionada.

3.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes adolescentes de entre 10 y 19 años de edad.
- Parto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 01 de enero del 2006 y 31 de diciembre del 2010.
- Cuya información solicitada se encuentre en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).

3.7.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Edad materna menor de 10 o mayor de 19 años al momento del parto.
- Información incompleta del SIP.

3.8.- VARIABLES DEL ESTUDIO

3.8.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO

Son todos aquellos factores que podrían incrementar directa e indirectamente la probabilidad de parto pretérmino en las

adolescentes. Para el mejor estudio de estos factores, los clasificamos de la siguiente manera:

CARACTERISTICAS MATERNAS

- Edad.
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Antecedentes obstétricos (paridad, abortos previos)
- Antecedentes patológicos
- Controles prenatales (CPN)

CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO:

- Morbilidad materna
- Complicaciones del embarazo
- Patologías maternas

CARACTERISTICAS DEL PARTO:

- Terminación (espontáneo, cesárea emergencia, cesárea electiva)
- Duración del parto

- Complicaciones del parto

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO:

- Peso al nacer
- Sexo
- Edad gestacional
- Peso para la edad gestacional
- Mortalidad fetal y neonatal

3.8.2.- VARIABLE DEPENDIENTE: PARTO PRETERMINO

El parto prematuro o de pretérmino es aquel que se produce entre las 28 y 36 semanas de edad gestacional, considerando como límites normales de duración del embarazo entre 37 y 41 semanas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A continuación se describen los principales resultados encontrados.

TABLA 1

FRECUENCIA DE LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES Y PARTOS
PRETERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA 2006-2010

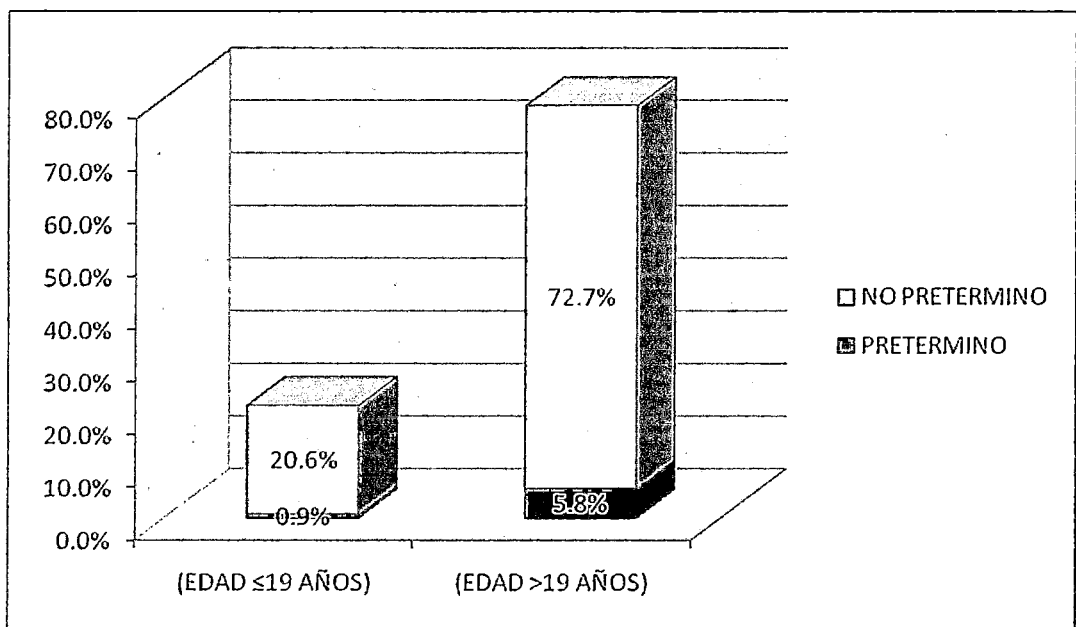
EMBARAZO ADOLESCENTE	PARTO PRETERMINO				TOTAL	
	SI		NO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
SI (EDAD ≤19 AÑOS)	101	0,91%	2299	20,64%	2400	21,55%
NO (EDAD >19 AÑOS)	644	5,78%	8093	72,67%	8737	78,45%
TOTAL	745	6,69%	10392	93,31%	11137	100,00%

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

La tabla N° 1, nos presenta el total de partos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que fueron 11137 partos durante los años 2006-2010. Se observa que 2400 gestantes eran adolescentes, representando el 21,5% del total. Además, 745 partos fueron partos pretérmino, representando una tasa de 6,7% del total de partos atendidos.

GRAFICO 1

FRECUENCIA DE LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES Y PARTOS PRETERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 2

PARTO PRETERMINO SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES
 ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO
 UNANUE DE TACNA 2006-2010

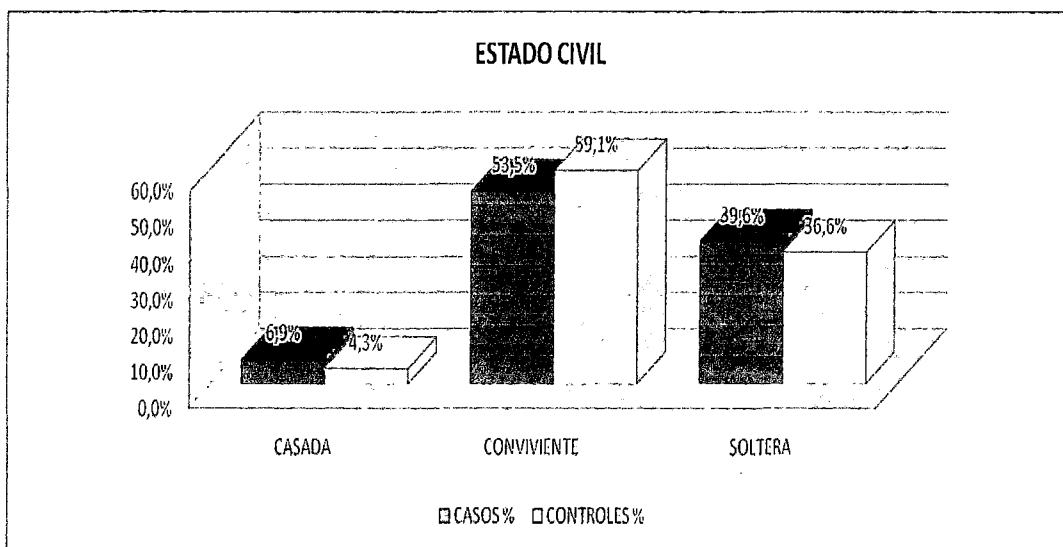
ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	
	Nº	%	Nº	%			
CASADA	7	6,9%	13	4,3%	1,66	0,64	4,29
CONVIVIENTE	54	53,5%	179	59,1%	0,80	0,51	1,25
SOLTERA	40	39,6%	111	36,6%	1,13	0,71	1,80
TOTAL	101	100%	303	100%			

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

En la tabla N° 2 se observa que la mayoría de las madres adolescentes eran convivientes (53,5% de los casos y 59,1% de los controles) seguidos por las madres solteras (39,6% de los casos y 36,6% de los controles) y luego las madres casadas. Además, Se observa que el Estado Civil de las gestantes adolescentes no se asocia significativamente con el riesgo de parto pretérmino (OR no significativos).

GRAFICO 2

PARTO PRETERMINO SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 3

PARTO PRETERMINO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCION DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

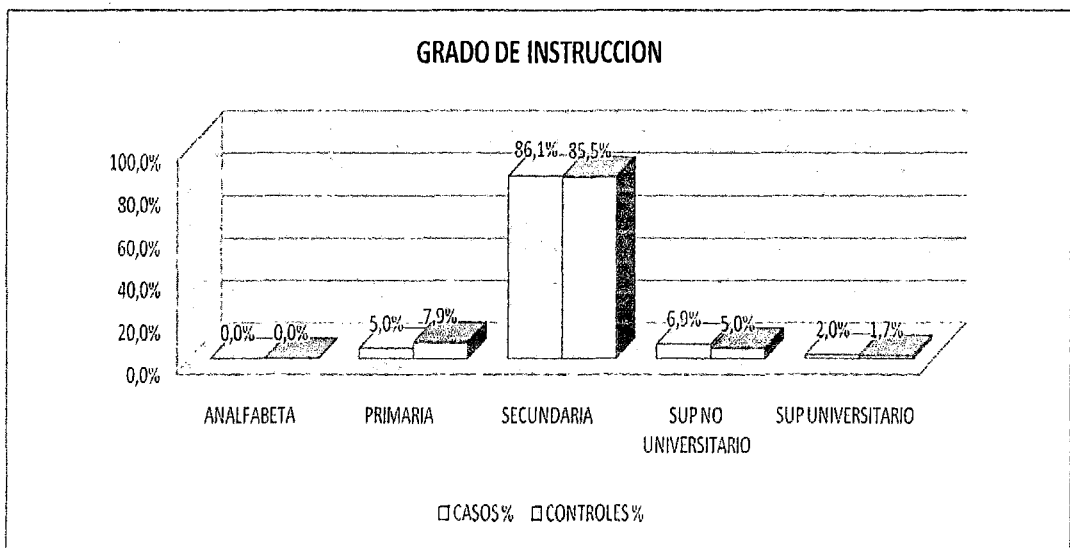
GRADO DE INSTRUCCION	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	
	Nº	%	Nº	%			
ANALFABETA	0	0,0%	0	0,0%	-		
PRIMARIA	5	5,0%	24	7,9%	0,61	0,22	1,63
SECUNDARIA	87	86,1%	259	85,5%	1,06	0,55	2,02
SUP NO UNIVERSITARIO	7	6,9%	15	5,0%	1,43	0,57	3,61
SUP UNIVERSITARIO	2	2,0%	5	1,7%	1,20	0,23	6,30
TOTAL	101	100%	303	100%			

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

La tabla Nº 3 muestra el grado de instrucción de las madres adolescentes y podemos observar que la mayoría de las madres adolescentes tenían nivel educativo secundario (con un 86% de los casos y un 85% de los controles) seguido del nivel superior y nivel primario. Se muestra también que el nivel de instrucción no se asocia significativamente con el riesgo de parto pretérmino en las gestantes adolescentes (OR no significativos).

GRAFICO 3

PARTO PRETERMINO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 4

PARTO PRETERMINO SEGÚN LAS GESTACIONES PREVIAS DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

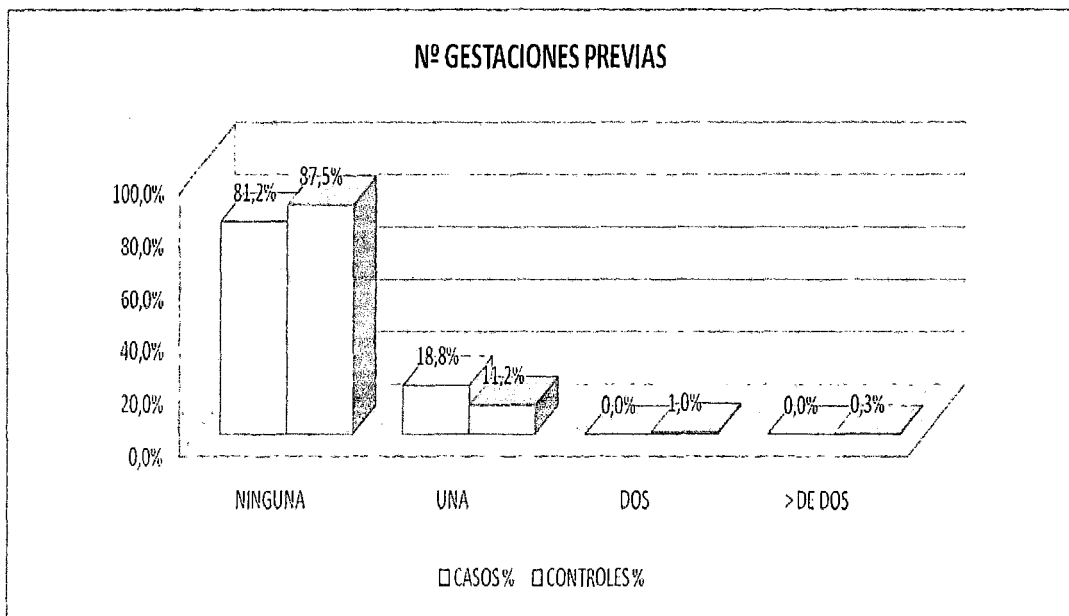
N° GESTACIONES PREVIAS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	
	Nº	%	Nº	%			
NINGUNA	82	81,2%	265	87,5%	0,55	0,30	0,98
UNA	19	18,8%	34	11,2%	1,83	0,99	3,39
DOS	0	0,0%	3	1,0%	-		
> DE DOS	0	0,0%	1	0,3%	-		
TOTAL	101	100%	303	100%			

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

En la tabla N° 4 se muestra a las madres adolescentes según el número de gestaciones previas. Observamos que la mayoría de las madres adolescentes no tuvieron ninguna gestación previa (81,2% de los casos y 87,5 de los controles). La tabla también evidencia que el número de gestaciones previas no incrementa significativamente el riesgo de parto pretérmino en las gestantes adolescentes.

GRAFICO 4

PARTO PRETERMINO SEGÚN LAS GESTACIONES PREVIAS DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 5

PARTO PRETERMINO SEGÚN EL NUMERO DE PARTOS PREVIOS DE
 LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
 HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

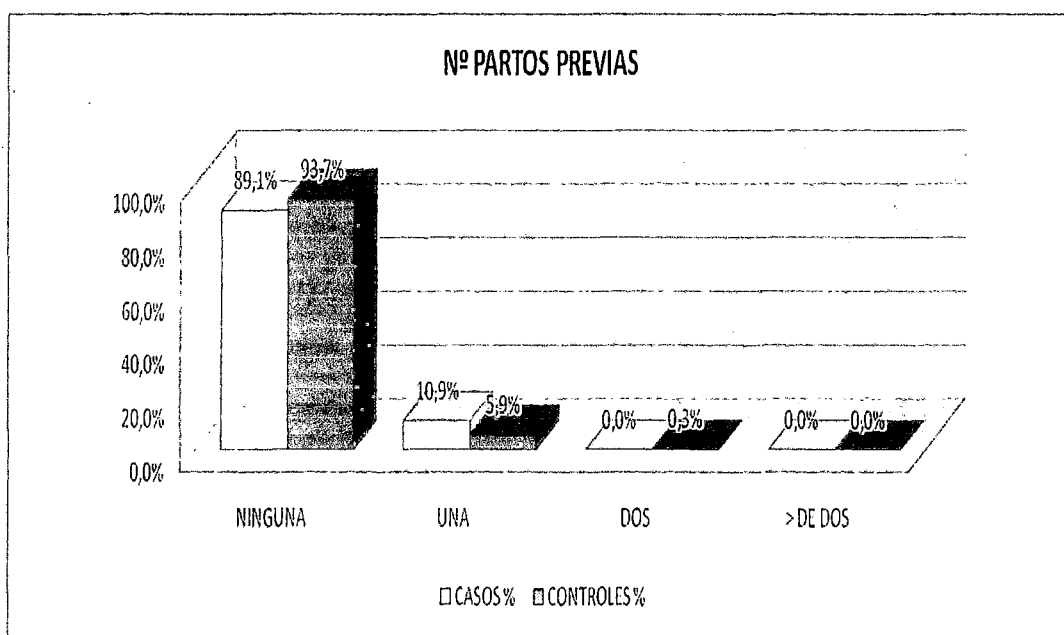
N° PARTOS PREVIOS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	
	Nº	%	Nº	%			
NINGUNA	90	89,1%	284	93,7%	0,55	0,25	1,19
UNA	11	10,9%	18	5,9%	1,94	0,88	4,25
DOS	0	0,0%	1	0,3%	-		
> DE DOS	0	0,0%	0	0,0%	-		
TOTAL	101	100%	303	100%			

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

En la tabla N° 5 nos presenta la frecuencia de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y según el número de partos previos. Se observa que la mayoría de las madres adolescentes no tenían partos previos (89,1% de los casos y 93,7% de los controles), seguidas por las que presentaron solo un parto previo (10,9% de los casos y 5,9% de los controles). El análisis del La O.R. muestra que no existe asociación significativa entre el riesgo de parto pretérmino de las gestantes adolescentes con el antecedente de partos previos (OR no significativo).

GRAFICO 5

PARTO PRETERMINO SEGÚN EL NUMERO DE PARTOS PREVIOS DE
LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 6

PARTO PRETERMINO SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES DE
 LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
 HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

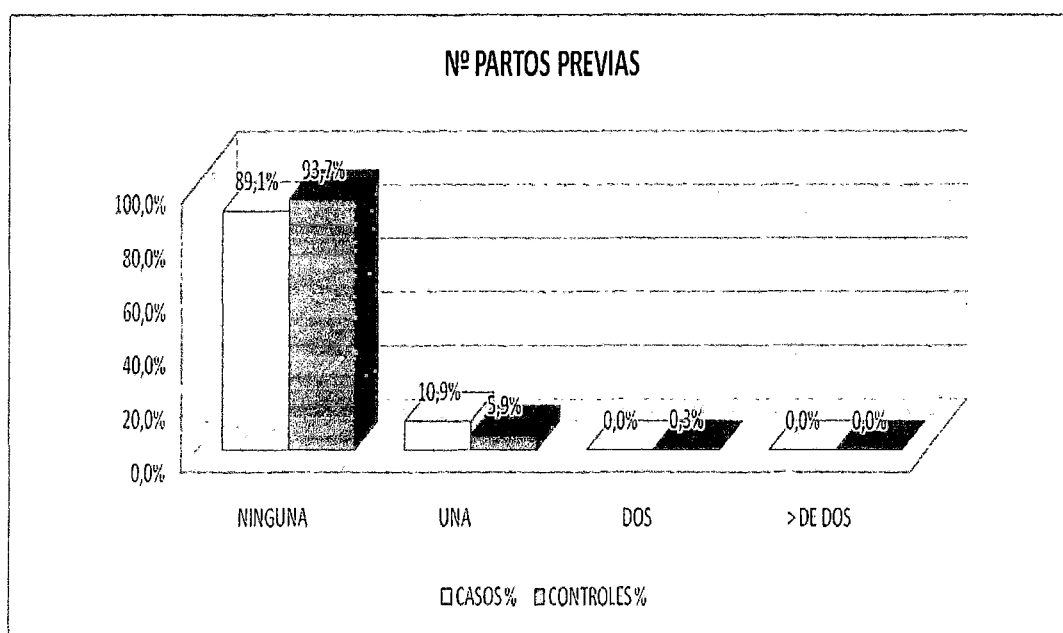
CONTROLES PRENATALES	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	
	Nº	%	Nº	%			
< de 7	83	82,2%	171	56,4%	3,56	2,04	6,22
7 a mas	18	17,8%	132	43,6%	0,28	0,16	0,49
TOTAL	101	100%	303	100%			

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

La tabla N° 6 presenta los controles prenatales que tuvieron las madres adolescentes, observando que la mayoría tuvieron <7 controles prenatales (82,2% de los casos y 56,4% de los controles) mientras que la frecuencia de las madres con ≥ 7 controles prenatales fueron: 17,8% de los casos y 43,6% de los controles. La tabla muestra que las adolescentes con CPN<7, aumentan en más de 3 veces el riesgo de parto pretérmino en comparación a aquellas con ≥ 7 controles prenatales (OR=3,56 e IC95%=2,0-6,2).

GRAFICO 6

PARTO PRETERMINO SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES DE
LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 7

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADOS AL PARTO
PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

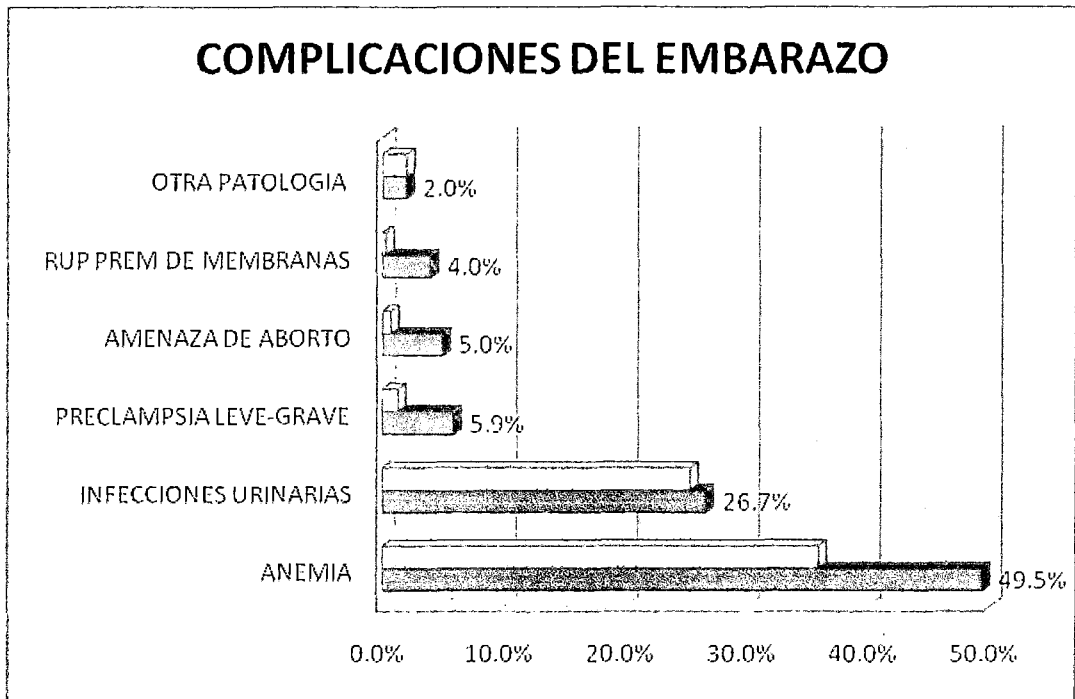
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	
	Nº	%	Nº	%			
ANEMIA	50	49,5%	109	36,0%	1,74	1,11	2,75
INFECCIONES URINARIAS	27	26,7%	77	25,4%	1,07	0,64	1,79
PRECLAMPSIA LEVE-GRAVE	6	5,9%	4	1,3%	4,72	1,30	17,08
AMENAZA DE ABORTO	5	5,0%	2	0,7%	7,84	1,50	41,06
RUP PREM DE MEMBRANAS	4	4,0%	1	0,3%	12,45	1,38	112,76
OTRA PATOLOGIA	2	2,0%	6	2,0%	1,00	0,20	5,04
TOTAL	101	100%	303	100%			

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

La tabla presenta las complicaciones del embarazo de las gestantes adolescentes, se observa que la complicación más frecuente es la anemia (49,5% de los casos y el 36,0% de los controles), seguida de las infecciones urinarias (26,7% de los casos y 25,4% de los controles) y otras como: pre eclampsia, amenaza de aborto, RPM y embarazo doble. El análisis estadístico demuestra que las pacientes con anemia, pre eclampsia, amenaza de aborto y RPM aumentaron significativamente el riesgo de parto pretérmino.

GRAFICO 7

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 08

PARTO PRETERMINO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL PARTO
DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

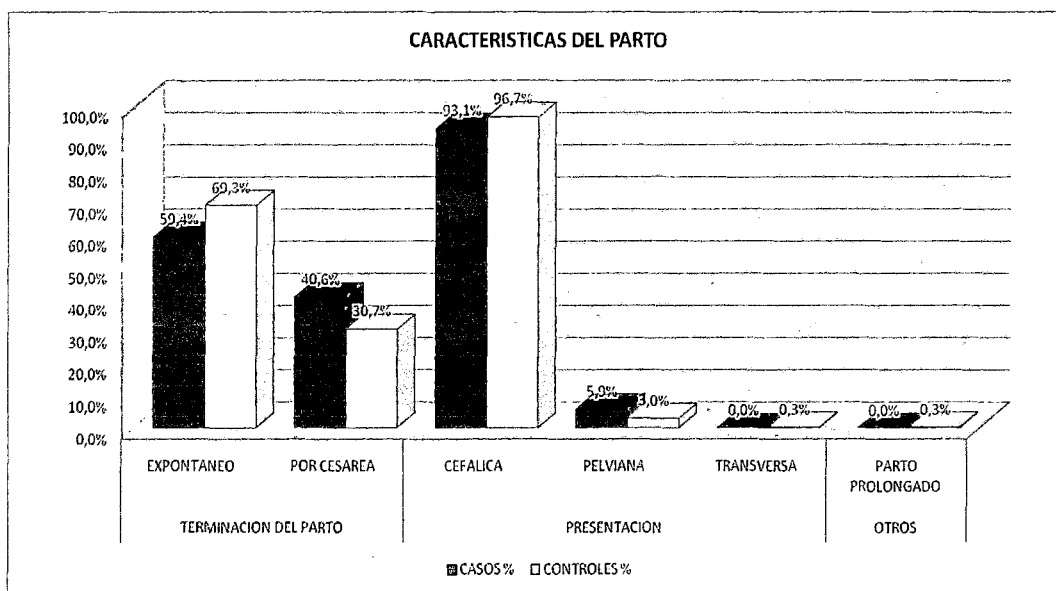
CARACTERÍSTICAS DEL PARTO	CASOS		CONTROLES		CHI2	P	
	Nº	%	Nº	%			
TERMINACION DEL PARTO	ESPONTANEO	60	59,4%	210	69,3%	3,34	0,09
	POR CESAREA	41	40,6%	93	30,7%		
PRESENTACION FETAL	CEFALICA	94	93,1%	293	96,7%	2,24	0.326
	PELVIANA	6	5,9%	9	3,0%		
	TRANSVERSA	0	0,0%	1	0,3%		
TOTAL		101	100%	303	100%		

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

En la tabla se observa que la mayoría de las pacientes presentaron parto espontáneo (59,4% de los casos y 69,3% de los controles) seguidas de las cesáreas (40,6% de los casos y 30,7% de los controles). La mayoría de partos tuvieron presentación fetal cefálica (93,1% de los casos y 96,7% de los controles). El CHI^2 demuestra que no existe asociación significativa entre la terminación del parto o el tipo de presentación con el riesgo de parto pretérmino de estas pacientes. ($p > 0,05$).

GRAFICO 08

PARTO PRETERMINO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 09

PARTO PRETERMINO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

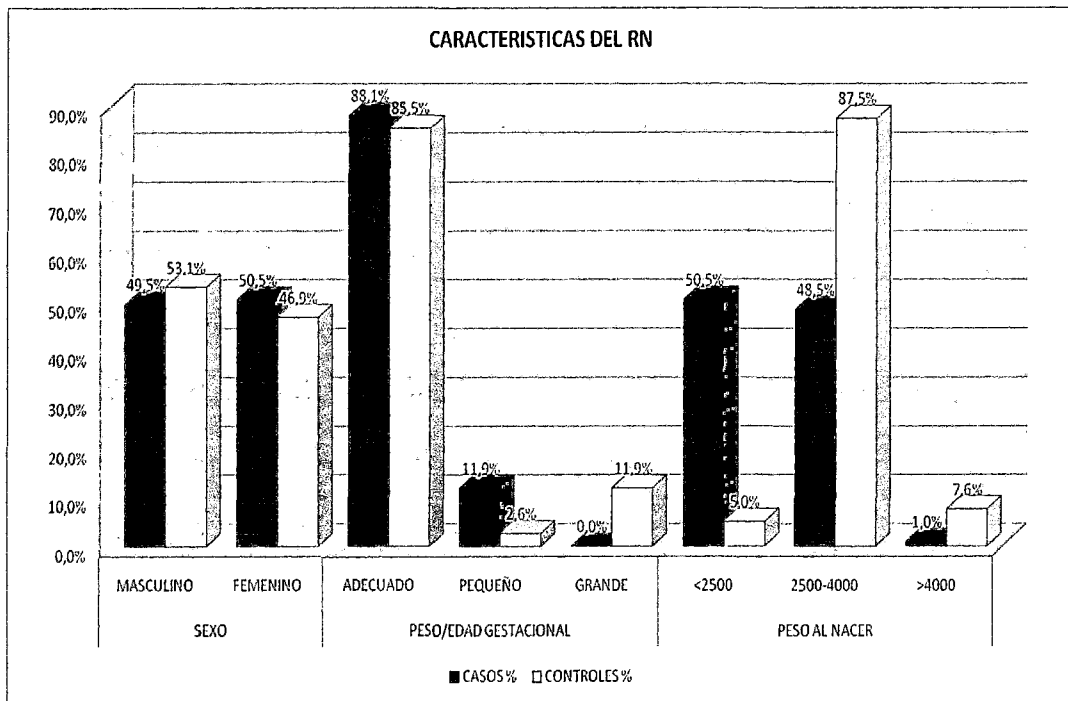
CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO	CASOS		CONTROLES		CHI2	P	
	Nº	%	Nº	%			
SEXO	MASCULINO	50	49,5%	161	53,1%	0,4	0,527
	FEMENINO	51	50,5%	142	46,9%		
PESO/EDAD GESTACIONAL	PEQUEÑO	12	11,9%	8	2,6%	25,12	0,000
	ADECUADO	89	88,1%	259	85,5%		
	GRANDE	0	0,0%	36	11,9%		
PESO AL NACER	<2500	51	50,5%	15	5,0%	116,5	0,000
	2500-4000	49	48,5%	265	87,5%		
	>4000	1	1,0%	23	7,6%		
TOTAL		101	100%	303	100%		

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

La mayoría de RN nacieron con peso AEG (88,1% de casos y 85,5% de controles) seguidos de los RNPEG (11,9% de casos y 2,6% de controles). La mayoría de recién nacidos pretérmino presentaron peso <2500 gramos (50,5% de los casos) seguidos por los que nacieron con 2500 y 4000 gramos (48,5%). El análisis estadístico muestra la asociación significativa que existe entre el parto pretérmino con el peso/edad gestación y peso de nacimiento de los RN de las madres adolescentes ($p < 0,000$).

GRAFICO 09

PARTO PRETERMINO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

TABLA 10

PARTO PRETERMINO SEGÚN LA MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL
DEL EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010

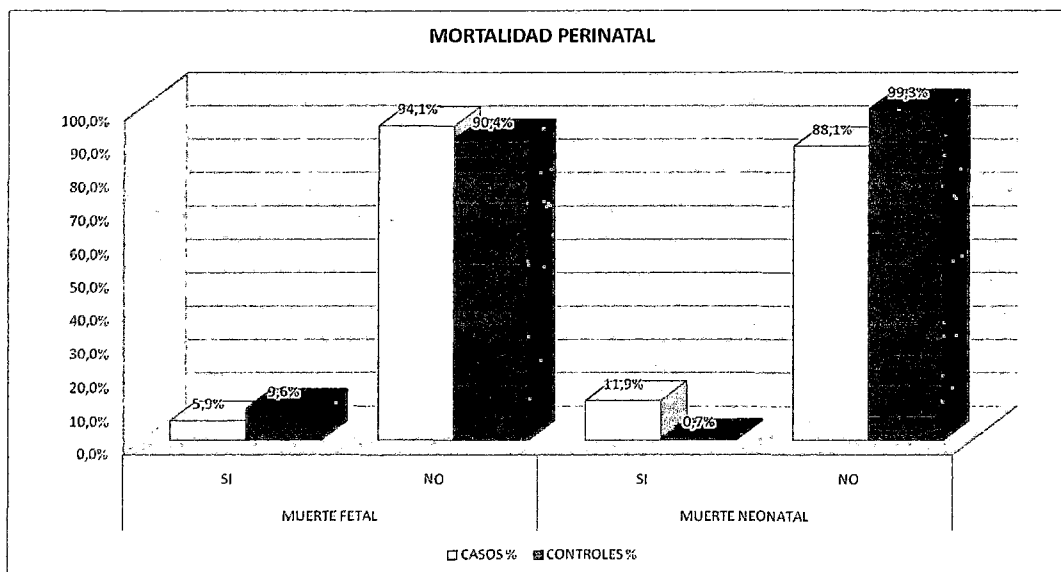
MORTALIDAD PERINATAL		CASOS		CONTROLES		CHI2	P
		Nº	%	Nº	%		
MUERTE FETAL	SI	6	5,9%	29	9,6%	1,26	0,26
	NO	95	94,1%	274	90,4%		
MUERTE NEONATAL	SI	12	11,9%	2	0,7%	28,51	0,000
	NO	89	88,1%	301	99,3%		
TOTAL		101	100%	303	100%		

FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

En la tabla 10 se muestra la muerte perinatal que se presentaron en los embarazos de las adolescentes. Observamos que la muerte fetal se presentó 5,9% de los casos y 9,6% de los controles, sin embargo no se demuestra asociación entre parto pretérmino y muerte fetal en los embarazos de las adolescentes ($p=0,26$). También observamos que la muerte neonatal se presentó en el 11,29% de los casos y sólo en el 0,7% de los controles. El análisis de CHI^2 evidencia que existe asociación significativa entre el parto pretérmino y la muerte neonatal en los embarazos adolescentes ($p=0,000$)

GRAFICO 10

PARTO PRETERMINO SEGÚN LA MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2006-2010



FUENTE: H.C. del Sistema Informático Perinatal - HHUT 2006-2010

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y ANALISIS

Durante los años 2006-2010 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se atendieron 11137 partos, de los cuales 2400 fueron en adolescentes, por lo tanto la tasa de parto adolescente en nuestro hospital fue 21,5%. Esta frecuencia es ligeramente mayor a lo reportado por Ticona¹ quien reportó una tasa del 19% en el año 2000, y Apaza², quien afirma que el 20% de los recién nacidos eran de madres adolescentes durante los años 2001-2006, cabe aclarar que ambos estudios fueron realizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, lo que evidencia una tendencia a aumentar la tasa de embarazo en adolescentes.

Asimismo, al comparar estos resultados con estudios de otras localidades, encontramos que la diferencia es clara. Estos datos muestran que el embarazo en adolescentes en nuestra localidad es frecuente y lo que es más grave, continúa incrementándose.

² Apaza Curazi J. Factores maternos asociados a la mortalidad neonatal precoz en las adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2001-2006. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. 2007.

De los 11137 partos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de estudio, 745 fueron partos pretérmino, lo que representa una tasa 6,7% de parto pretérmino. Nuestro resultado es similar a lo descrito por Cauna³, que afirma que el 5,6% de los partos atendidos en este mismo hospital durante el periodo 2004-2006 fueron partos pretérmino.

Al analizar solo los 745 partos pretérmino, encontramos que 101 se presentaron en madres adolescentes. Por lo tanto, la tasa de parto pretérmino en las adolescentes de nuestro estudio, fue 13,6% del total de partos pretérmino. Similar resultado a lo reportado por Riva⁴ quien asegura una tasa del 12,1%; Manrique⁵ reportó 10,51% y Oviedo⁷ en 10,8%.

En los siguientes párrafos analizaremos los posibles factores asociados a la presentación de parto pretérmino en las gestantes adolescentes de

³ Cauna Paria Giulliana. Enfermedad Hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2004-2008. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú 2008.

⁴ Riva Reategui Norma. Tesis: Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2004

⁵ Manrique Riscarle, Rivero Airlen, Ortunio Magaly, Rivas Marianela, Cardozo Rosa, Guevara Harold. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y ginecología. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3):144-149.

⁷ Oviedo Cruz H, Lira Plascencia, Ito Nakashimada Grosso Espinoza. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Revista Ginecología y Obstetricia de México. Federación Mexicana de Ginecología y obstetricia. Ginecol Obstet Mex 2007;75:17-23

nuestro estudio. Para tal caso, se identificaron a las 101 adolescentes con parto pretérmino, quienes constituyeron nuestro grupo de casos, y se seleccionaron 303 adolescentes cuyo parto fue a término, constituyendo los controles.

Las características demográficas más importantes de las adolescentes con parto pretérmino fueron: convivientes 53,3% y de educación secundaria 86,1%. Debido a la corta edad de este grupo de pacientes, la gran mayoría eran solteras o convivientes, que sumaban 93,1% en nuestro estudio. Riva⁴ encontró que el estado civil más frecuente en las adolescentes es la convivencia. Aunque el nivel educativo secundario es el más frecuente entre las gestantes adolescentes; nuestro estudio evidencia que el 5% de adolescentes con parto pretérmino tenían o cursaban el nivel educativo primario.

Entre los antecedentes maternos patológicos no se encontró ninguna patología importante. Ningún caso de diabetes mellitus, hipertensión arterial ni cardiopatía.

La gran mayoría de las adolescentes no tenían antecedentes de gestaciones o partos previos, el 81% de los casos y 87% de controles

⁴ Riva Reategui Norma. Tesis: Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2004

eran primigestas, además 89% de casos y 93% de controles eran nulíparas.

Riva⁴ describe que la mayoría eran nulíparas y a nivel internacional Oviedo que el 93,7% de adolescentes eran primigestas. Sin embargo, los antecedentes obstétricos como el número de partos o gestaciones previas tampoco se asociaron con el parto pretérmino en adolescentes.

En cuanto a los controles prenatales de las gestaciones en las adolescentes se encontró que sólo el 17,8% de los casos de parto pretérmino tenían 7 o más CPN comparado con 43,6% de los controles. De igual manera, Araujo⁶, asegura que solo el 37,4% de las adolescentes con parto pretérmino tenían ≥ 7 CPN comparado con el 55,6% de los partos a término. Parece que, tener pocos controles prenatales no sólo es problema de los parto pretérmino sino de todas las madres adolescentes. Ticona¹ afirma que las madres adolescentes tienen menor frecuencia de CPN, y en las que tienen algún control, el primero es más tardío que en las adultas.

¹ Ticona Rendón. Riesgos en el Recién Nacido De Madre Adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Diagnostico. Vol.39-numero 1. Perú. 2000.

⁴ Riva Reategui Norma. Tesis: Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2004

⁶ Araujo Nader P, Alborghetti Cosme L. Parto prematuro en adolescentes: la influencia de variables socio demográficas y reproductivas, espíritu santo, 2007. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 abr-jun; 14 (2): 338-345.

Cauna Paria³, asegura que existe una asociación significativa entre el parto pretérmino y el número de controles prenatales ($p < 0,05$), cabe aclarar que su estudio incluía gestantes adultas y adolescentes. Sin embargo, Araujo⁴, también asegura la relación entre tener < 7 CPN y parto pretérmino en gestantes adolescentes ($p = 0,000$). En nuestro estudio encontramos que, las adolescentes que tuvieron menos de 7 CPN aumentaron el riesgo de parto pretérmino en 3,5 veces más que aquellas adolescentes con ≥ 7 CPN, este resultado fue estadísticamente significativo ($OR = 3,56$; I.C. 95% = 2,0 - 6,2). Asimismo, las adolescentes con < 7 CPN presentaron menor del riesgo de parto pretérmino ($OR = 0,28$; I.C. 95% = 0,16 - 0,49). Se demuestra entonces que tener poco CPN aumenta el riesgo de parto pretérmino en adolescentes.

Las principales complicaciones maternas de las adolescentes con parto pretérmino fueron: anemia 49,5%, Infecciones urinarias 26,7%, Pre eclampsia leve-grave 5,9%; amenaza de aborto 5%, ruptura prematura de membranas 3% y embarazo doble 4%. Estas complicaciones son tan frecuentes como lo describen otros autores como Manrique Riscalde⁵,

³ Cauna Paria Giulliana. Enfermedad Hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2004-2008. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú 2008.

⁴ Riva Reategui Norma. Tesis: Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2004

⁵ Manrique Riscalde, Rivero Airlen, Ortunio Magaly, Rivas Marianela, Cardozo Rosa, Guevara Harold. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y ginecología. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3):144-149.

quien asegura que las principales complicaciones maternas en adolescentes con parto pretérmino fueron: anemia 53,6%, ruptura prematura de membranas 20%, infecciones 17,8% y pre eclampsia 6%. Neyra en un estudio realizado en este mismo hospital, encontró relación entre el embarazo en adolescentes y RPM, pre eclampsia, infección urinaria y anemia materna, demostrando que la gestación en adolescentes es un riesgo para la madre como para el recién nacido, por lo que se debe promover la atención integral del adolescente, con el fin de evitar el embarazo no deseado y las complicaciones asociadas.

Entre las complicaciones maternas del embarazo, los factores que aumentan significativamente el riesgo de parto pretérmino son: RPM (OR=12,45), amenaza de aborto (OR=7,84), pre eclampsia (OR=4,72) y anemia (OR=1,74). Todos estos factores son reconocidos como causa de parto pretérmino tanto en el embarazo en adolescentes como embarazo en adultas. Otros autores como Riva Reategui⁴ y Manrique Riscalde⁵, mencionan otros factores de riesgo como el embarazo doble ($p=0,000$),

⁴ Riva Reategui Norma. Tesis: Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2004

⁵ Manrique Riscarle, Rivero Airlen, Ortunio Magaly, Rivas Marianela, Cardozo Rosa, Guevara Harold. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y ginecología. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3):144-149.

vaginosis bacteriana (OR=2,4), antecedente de parto pretérmino (OR=7,1), antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR=1,5) (5,6). Sin embargo, debido a la poca frecuencia de estos factores en las gestantes estudiadas, no podemos demostrar la asociación de esos factores con el parto pretérmino.

Sobre las características del parto, encontramos que 40,6% de los partos pretérmino en adolescentes terminaron por cesárea. Esta cifra es exageradamente elevada comparado con referencias de hace más de 10 años que describían la tasa de cesárea en 14,9% ³. Sin embargo, en la actualidad, la frecuencia de cesárea en adolescentes encontrada en nuestro estudio es similar a lo reportado por la bibliografía consultada, que reportan una frecuencia de 39,5% en los embarazos adolescentes.

Estas tasas en adolescentes, son superiores a las tasas estimadas de cesáreas en gestantes de todas las edades, se describe que en el mundo la tasa de cesárea es del 15% y que en América Latina y el Caribe es mayor 29,2%. Por lo tanto, se evidencia que el incremento de la tasa de cesáreas en la última década es mayor en los embarazos de las

³ Cauna Paria Giulliana. Enfermedad Hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2004-2008. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú 2008.

adolescentes, tal como lo demuestran nuestros resultados, en los que, cuatro de cada 10 adolescentes gestantes son sometidos a cesáreas. Aunque las cesáreas muestran asociación con el embarazo en adolescentes, no muestran asociación significativa con el parto pretérmino en este grupo de pacientes ($p=0,09$).

Entre las características de los recién nacidos encontramos que el 49,5% eran de sexo masculino y 50,5% de sexo femenino, no se encontró asociación entre el sexo de los recién nacidos y el parto pretérmino ($p=0,5$). Sin embargo, si se encontró asociación significativa entre el peso/edad gestacional y peso del RN con el parto pretérmino: 11, 9% de los casos presentaron RNPEG comparado con el 2,6% de los controles ($p=0,000$). Asimismo, los RN con peso <2500 gr representaron el 50,5% de los casos y penas el 5,0% de los controles, diferencia también significativa ($p=0,000$). La asociación del peso/edad gestación como el peso del recién nacido se explica porque los RN prematuros nacen más pequeños y con peso bajo debido a que no alcanzan la madurez durante el embarazo. Esta asociación se describe por mucho autores, como Ticona¹ quien, además, asegura que las gestantes adolescentes

¹ Ticona Rendón. Riesgos en el Recién Nacido De Madre Adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Diagnóstico. Vol.39-numero 1. Perú. 2000.

presentan significativamente mayor riesgo de tener recién nacido con bajo peso al nacer (RR=1,36). Demostrando que el embarazo en adolescentes implica mayor riesgo para los recién nacidos.

Al analizar la tasa de mortalidad perinatal no encontramos diferencias significativas entre la tasa de muerte fetal, incluso esta fue mayor entre el grupo control. El 5,9% de los casos y 9,6% de los controles presentaron muerte fetal. Sin embargo, al estudiar la frecuencia de muerte neonatal, encontramos que el 11,9% de los recién nacidos pretérmino fallecieron en los primeros días de nacimiento. Mientras que en el grupo control la muerte neonatal significó apenas 0,7%. El análisis posterior demuestra que el parto pretérmino en gestantes adolescentes se asocia significativamente con la muerte neonatal ($p=0,000$), esta asociación ya fue descrita por otros autores consultados. Ticona¹ asegura que la muerte neonatal precoz en madres adolescentes es el doble de la encontrada en madres adultas, y Apaza² reporta que el parto pretérmino incrementa muy significativamente el riesgo de muerte neonatal precoz (OR=44,3). Por lo tanto, nuestros resultados concuerdan con la bibliografía consultada: el

¹ Ticona Rendón. Riesgos en el Recién Nacido De Madre Adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Diagnostico. Vol.39-numero 1. Perú. 2000.

² Apaza Curazi J. Factores maternos asociados a la mortalidad neonatal precoz en las adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2001-2006. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. 2007.

parto pretérmino en adolescentes representan no solo riesgo para la madre, sino también para el recién nacido.

Después de analizar todos los factores de riesgo planteadas al inicio del estudio, podemos concluir que si existen características que incrementan la probabilidad de parto pretérmino, y estos son: tener <7 controles prenatales (OR=3,56), anemia materna (OR=1,74), pre eclampsia (OR=4,72), amenaza de aborto (OR=7,84) y ruptura prematura de membranas (OR=12,45), todos estos resultados fueron estadísticamente significativos porque tanto el Odds ratio estimado como los intervalos de confianza al 95% eran mayores que 1.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La frecuencia de embarazo en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006 y 2010 representa el 21,5% del total de partos atendidos y la tasa de parto pretérmino representa el 6,7%.

SEGUNDA

La frecuencia de parto pretérmino entre las gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006 y 2010 representa el 4,2%

TERCERA

La mayoría de gestantes adolescentes eran convivientes, con grado de instrucción secundaria, sin hábitos nocivos, sin antecedentes patológicos, primigestas, nulíparas, con menos de 7 controles prenatales y con anemia.

CUARTA

Las características del parto y los recién nacidos pretérmino de madres adolescentes son: terminación espontáneo del embarazo, feto con presentación cefálica. La mayoría de recién nacidos eran adecuados para la edad gestacional, con peso de nacimiento menor de 2500 gramos.

QUINTA

Los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino entre las embarazadas adolescentes son: tener <7 controles prenatales (OR=3,56), anemia materna (OR=1,74), pre eclampsia (OR=4,72), amenaza de aborto (OR=7,84) y ruptura prematura de membranas (OR=12,45)

SEXTA

La frecuencia de muerte fetal entre los partos pretérmino de las gestantes adolescentes fue 5,9% y la mortalidad neonatal precoz fue 11,9%. Existe asociación significativa entre el parto pretérmino de las embarazadas adolescentes y la muerte neonatal precoz ($p=0,000$).

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Debido a que la gestación en adolescentes es un riesgo para la madre y para el recién nacido, se debe promover la atención integral del adolescente con el fin de evitar el embarazo no deseado y las complicaciones asociadas a través de campañas de concientización y talleres de educación sexual, planificación familiar y métodos anticonceptivos, además de charlas motivacionales y orientación profesional.

SEGUNDA

Mejorar los protocolos de atención integral para gestantes menores de 19 años con factores de riesgo para parto pretérmino como son aquellas con: pocos controles prenatales, anemia materna, pre eclampsia, amenaza de aborto y ruptura prematura de membranas. Complementar protocolos que nos permita un mejor manejo de este grupo de pacientes, brindando una atención orientada a disminuir la presentación de parto pretérmino.

TERCERA

Plantear estrategias para promover el control prenatal adecuado de las gestantes adolescentes, debido a que es un factor de riesgo prevenible y modificable.

CUARTA

Implementar un consultorio especializado para la atención de gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue, sobre todo para atención a aquellas gestantes adolescentes que reúnan factores de riesgo para parto pretérmino u otra complicación del embarazo, parto o recién nacido.

QUINTA

Los nuevos profesionales de salud deben brindar mayor importancia a la prevención primaria del embarazo en adolescentes, así como de la prevención secundaria mediante la captación de estas gestantes a nivel primario desde los inicios de su embarazo a fin de referirlos a un centro mayor nivel; pero con el seguimiento conveniente del caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ticona Rendón, Manuel. (2000); Riesgos en el Recién Nacido De Madre Adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Diagnóstico. Vol.39-numero 1. Perú. Disponible en la Web: <http://www.fihu-diagnóstico.org.pe/revista/ números/2000/enefeb00/35-40.html>
2. Apaza Curazi, Jearim. (2007); Factores maternos asociados a la mortalidad neonatal precoz en las adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2001-2006. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.
3. Cauna Paria, Giulliana. (2008) Enfermedad Hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2004-2008. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú.
4. Riva Reategui, Norma. (2004) Tesis: Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Universidad Nacional Mayor de

- San Marcos. Perú. Disponible en la web:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/riva_rn/pdf/riva_rn-TH.3.pdf
5. Manrique Riscarle, Rivero Airlen, Ortunio Magaly, Rivas Marianela, Cardozo Rosa, Guevara Harold. (2008). Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y ginecología. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez; 68(3):144-149. Disponible en la web:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n3/art02.pdf>
 6. Araújo Nader P, Alborghetti Cosme L. (2010); Parto prematuro en adolescentes: la influencia de variables socio demográficas y reproductivas, espíritu santo, 2007. Esc Anna Nery Rev Enferm abr-jun; 14 (2): 338-345. Disponible en la web:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/17.pdf>
 7. Oviedo Cruz Hernan, Lira Plascencia, Ito Nakashimada Grosso Espinoza. (2007); Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Revista Ginecología y Obstetricia de México. Federación Mexicana de Ginecología y obstetricia. Ginecol Obstet Mex 2007;75:17-23 disponible en la web:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=41313&id_seccion=407&id_ejemplar=4229&id_revista=40
 8. Montero Silvia, Hernandez David, Alvarez Henry, Nuñez Soledad. (2003); Frecuencia de parto pretérmino en adolescentes

- embarazadas. Revista médica dominicana. 2003. Rev Med Dom 001
Vol.65 (1) 2003 DR-ISSN-0254-4504. Disponible en la web:
<http://bvdsdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2003/64/03/RMD-2003-64-03-024-025.pdf>
9. Pérez Sánchez Alfredo. (2005); Obstetricia. Tercera Edición. Editorial el Ateneo. Chile. 2005.
 10. MINSA. Programa de Atención Integral a la Adolescencia: Bases programáticas. Ministerio de Salud de Nicaragua. 2ª Edición. MINSA/OPS/OMS/ASDI. Agosto 2000.
 11. OPS. Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. International Program Population Reference Bureau , INC November 2002.
 12. MINSA. Guía para la atención integral de la embarazada adolescente, Lima.2000
 13. Torres Castro Carlos. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de lima, Perú (1999). Rev. La Ventana, Nº 16 / 2002
 14. Dimitrios Mastrogiannis, MD, PhD. Clínica de perinatología 2000;45-62
 15. Botero Jaime. Obstetricia y ginecología 6ta edición 2000;346 -356.
 16. Cabero Ruora Raul, Medicina Materno infantil. 1999;123-167

17. Sandoval Jesus. Morbilidad obstétrica en adolescentes. En: Sandoval J, González E, editores. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. 3a edición. Caracas: Mediterráneo; 2003.p.451.
18. Villar Jaime, Ezarra Eder, Gurtner de la Fuente Campodonico L. Preterm Delivery Syndrome: The effective treatment of preterm labour. An International Consensus. Well Medical. England. Research, Clinical Forums. 2004;16:9-33.
19. Díaz Alan, Sanhueza Pedro, 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(5):481-487.
20. 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.
21. Avila Elva, Cid Marloin, García Irma. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000. Rev Cubana Pediatr. 2002;74(3):0-0. Disponible en la web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es&nrm=iso.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS	FUENTE
DEPENDIENTE	Parto pretérmino	Cualitativo	Nominal	Parto pretérmino Parto a termino	S.I.P.
INDEPENDIENTE	Edad materna	Cuantitativo	Discontinuo	10-19 años 20-35 años	S.I.P.
	Estado civil	Cualitativo	Nominal	Casada Conviviente Soltera Otro	S.I.P.
	Grado de instrucción	Cualitativo	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	S.I.P.
	Malos hábitos maternos	Cualitativo	Nominal	Fumar Drogas Alcohol	S.I.P.
	Antecedentes patológicos personales	Cualitativo	Nominal	Diabetes Mellitus Cardiopatía Hipertensión Arterial Cirugía Pélvica Ninguno	S.I.P.
	Numero de Gestaciones previas	Cuantitativo	Discontinuo	0 1 2 >2	S.I.P.
	Controles prenatales	Cualitativo	Ordinal	Ninguno 1-3 4-6 7 ó más	S.I.P.
	Anteced. Patológicos Personales	Cualitativo	Nominal	Anemia Bajo peso al Nacer Parto pretérmino Aborto	S.I.P.
	Patologías Maternas Asociadas	Cualitativo	Nominal	Pre eclampsia leve Pre eclampsia Severa Anemia RCIU Embarazo Doble ITU	S.I.P.

				RPM Infección genital Sífilis Amenaza parto Pretermino Amenaza de aborto Placenta Previa Hemorragias Diabetes Gestacional Otro	
Terminación de parto	Cualitativo	Nominal	Vaginal Cesárea electiva Cesárea de urgencia	S.I.P.	
Duración del parto	Cualitativo	Nominal	Normal Precipitado Prolongado	S.I.P.	
Presentación fetal	Cualitativo	Nominal	Cefálica Podálica Transversa	S.I.P.	
Peso al nacer	Cualitativo	Nominal	<2500 2500-4000 >4000	S.I.P.	
Sexo del RN	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino	S.I.P.	
Peso para la edad gestacional	Cualitativo	Nominal	PEG AEG GEG	S.I.P.	
Mortalidad Perinatal	Cualitativo	Nominal	Mortalidad fetal Mortalidad Neonatal	S.I.P.	

Recién Nacido

Sexo: Fem. Mas. Peso: g

Talla: m.m. P.Cef.: m.m.

Edad por : sem APGAR:

Ex.Físico : 1'

Peso x Edad Gestacional:

Adecuado Pequeño Grande 5'

Exámen VIH : - + No se hizo

Reanima. Respiat. : No Bolsas y Máscara Intubac. endotra.

S.Luética RN: VDRL/RPR : - + No se hizo

Exam. Físico : Normal Anormal

Alojamiento Conjunto : Si No

Hospitalizac. : Si No

Necropsia : Si No No Aplica

Vacunas RN

V.V.K: Si No

BCG: Si No

Profilisís: Si No

Polio: Si No

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh + Rh -

Egreso RN Fecha: / /

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece

No Aplica

Dx. Fallecim. :

Dx. Traslado :

Est. Traslado :

Alimento: Pecho Solo Pecho y Artificial Artificial solo No Aplica

Peso: g

Reingreso RN Fecha: / /

Reingreso: No Si

Diagnóst. :

Fecha egreso: / /

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece

No Aplica

Dx. Fallecim. :

Dx. Traslado :

Est. Traslado :

Egreso Materno Fecha: / /

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece

No Aplica

Dx. Fallecim. :

Dx. Traslado :

Est. Traslado :

Anticonceptivos

Dil: MELA: Costán: Són Consejo:

Ligadura Tubaria: Progesterón Inyectables: Ninguno:

Progesterón Oral: Abstinencia Periférica: Otro:

Control Puerperal: Si No Fecha: / /

Reingreso Materno Fecha: / /

Reingreso: No Si

Diagnóst. :

Fecha egreso: / /

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece

No Aplica

Dx. Fallecim. :

Dx. Traslado :

Est. Traslado :