

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

**Facultad de Ciencias de la Salud**

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN GESTANTES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN  
EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2015

TESIS

Presentada por:

**Bach. Guillermo Willy Ramos Torres**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN GESTANTES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL  
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

**TESIS**

Presentada por:

**BACH. GUILLERMO WILLY RAMOS TORRES**

Para optar el Título profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado

  
Mgr. Alberto Flor Chavez  
Miembro

  
Med. Cristina Llosa Rodriguez  
Presidenta

  
Mgr. Leonidas Chavera Rondón  
Miembro

  
Dr. Julio Aguilar Vilca  
Asesor

---

## DEDICATORIA

*A mis amados padres, Brígida y  
Guillermo, y mis hermanos, quienes  
son el motor y motivo de mi existir,  
gracias a ellos aprendí los labioso que  
es la vida, a luchar por mis objetivos, a  
confiar en mí y sobre todo a no  
rendirme hasta alcanzar mis metas  
siempre con humildad.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la vida, el don más preciado, por ello con humildad, pongo mi vocación y esfuerzo a disposición de la salud de la humanidad, porque en tu infinita bondad haz permitido que realice este trabajo y culminar esta meta tan ansiada en el camino de la superación profesional.

A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional, inculcándome su ejemplo, por ser grandes maestros y buenos amigos.

A la Dra. Cristina Llosa Rodríguez, por todo el apoyo que me ha brindado durante este tiempo, por motivarnos a mis compañeros y a mí a seguir adelante a pesar de las adversidades.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN .....	v
ABSTRACT.....	vi
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
1.1. DESCRPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:.....	6
1.4. OBJETIVOS: .....	7
1.4.1. OBJETIVO GENERAL:.....	7
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:.....	9
2.1.1. INTERNACIONALES:.....	9
2.1.2. NACIONALES:.....	20
2.2. Bases teóricas.....	23
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>33</b>
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.....	33
3.2.1. POBLACIÓN .....	33

3.2.2. MUESTRA.....	35
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	38
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	38
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>65</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>71</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015. **Métodos:** Se incorporó la totalidad de pacientes gestantes adolescentes hospitalizadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015 con prematuridad como casos y como grupo control a pacientes con gestación a término, se diseñó una relación de 1/1. **Resultados:** Se comportaron como factores de riesgo la ocupación estudiante con un OR: 2,3415; la infección vaginal con un OR: 1,9429, la ruptura prematura de membranas con un OR: 4,9286 y la anemia con un OR: 2,501. **Conclusión:** Los factores de riesgo encontrados fueron la ocupación estudiante, la infección vaginal, la ruptura prematura de membrana y la anemia. Se recomienda utilizar nuestros hallazgos y coordinar con el Sector Educación para la realización de CPN en las gestantes adolescentes y mejorar la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de la anemia en gestantes adolescentes. **Palabras clave:** Parto pretérmino, Infección del tracto urinario, control prenatal, ruptura prematura de membrana

## **ABSTRACT**

**Objective:** Identify the factors of risk associated with premature birth in pregnant adolescents seen at the service Gynecology- Obstetrics Hospital National Dos de Mayo in the period January-December 2015. **Methods:** All pregnant patients hospitalized adolescents is incorporated into the National Hospital Dos de Mayo 2015 with prematurity as cases as control group and patients with term pregnancy, and a ratio of 1/1 with the case group was designed. **Results:** They behave as risk factors the student occupation OR: 2.3415; vaginal infection OR: 1.9429, premature rupture of membranes OR: 4.9286 and anemia OR: 2,501. **Conclusions:** Factors that proved to be of risk were the student occupation, vaginal infection, premature rupture of membranes and anemia. It is recommended to use our findings and focus better care for pregnant teen showing these risk factors.

**Keywords:** preterm labor, urinary tract infection, prenatal care, premature rupture of membranes

## INTRODUCCIÓN

La prematuridad es uno de los mayores problemas de la medicina perinatal debido a la gran morbilidad neonatal que ocurre en recién nacidos prematuros, y además de ser la prematuridad un factor de alto riesgo de discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales.

Según la OMS, las tasas de prematuridad reportadas, espera cerca de 14 millones de partos pretérmino al año. En Europa las tasas se han elevado en los últimos años y en las últimas 3 décadas casi se han duplicado, hasta alcanzar indicadores entre 7 y 8 %. En países en vías de desarrollo este porcentaje puede elevarse a 20%. (1)

La adolescencia se define como el período en que la persona adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la vida adulta y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

El embarazo en una edad precoz interrumpe el desarrollo y evolución normal de las facultades biopsicosociales de la mujer, no solo en el momento en que se produce sino también posteriormente. (2)

Las causas más frecuentes que provocan esta entidad en adolescentes tales como ruptura prematura de membranas, infecciones vaginales y urinarias, anemia, preeclampsia entre otras además de factores socio-demográficos que predisponen a la prematuridad, entre ellos: nivel socio-económico bajo, escaso nivel educativo, número no adecuado de controles prenatales entre otros. (3)

Considerando el aumento significativo de prematuridad en este grupo etéreo, el mayor riesgo a consecuencias tanto en la madre como en el producto es motivo importante de estudio.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRPCIÓN DEL PROBLEMA:**

La prematuridad es uno de los mayores problemas de la medicina perinatal debido a la gran morbilidad neonatal que ocurre en recién nacidos prematuros, y además de ser la prematuridad un factor de alto riesgo de discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales (1).

Según la OMS, las tasas de prematuridad reportadas, espera cerca de 14 millones de partos pretérmino al año. En Europa las tasas se han elevado en los últimos años y en las últimas 3 décadas casi se han duplicado, hasta alcanzar indicadores entre 7 y 8 %. En países en vías de desarrollo este porcentaje puede elevarse a 20% (1).

El embarazo en una edad precoz interrumpe el desarrollo y evolución normal de las facultades biopsicosociales de la mujer, oscilando un

aumento de frecuencia de 7 a 25% siendo mayor en países en desarrollo (2).

En Chile, se ha reportado el mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal del embarazo en adolescentes y en edad materna avanzada, concordante con publicaciones internacionales (3) y en Colombia en un estudio hecho por Bojanini (8) para describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas entre junio de 2000 y octubre de 2001 se obtuvo que el 28,6 % de las pacientes eran adolescentes, un porcentaje importante de pacientes no había hecho control prenatal y el 53,6 % de las adolescentes presentaron parto prematuro. En países menos desarrollados es cerca al 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos (4).

En el Perú, la incidencia de parto prematuro reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal, pero cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 a 16% (5).

En nuestra realidad el embarazo adolescente adquiere cada vez más relevancia, según el MINSA 3 de cada 10 mujeres sexualmente activas son adolescentes y sin una cultura de métodos anticonceptivos, aumentando la tasa de fecundidad en este grupo, siendo el perfil de la gestante adolescente peruana tener bajo nivel de instrucción, inestabilidad conyugal y alta dependencia económica que favorece las diversas complicaciones que tiene este grupo, entre ellas la prematuridad (6).

En un estudio en Perú, que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997, se obtuvo los siguientes resultados: el 18,1% del total de partos fueron gestantes adolescentes; en su mayoría adolescentes tardías (7).

Aproximadamente un 15% de gestantes son adolescentes en Perú, según la Organización Panamericana de Salud OPS (5); en Lima en el Hospital Nacional Dos de Mayo el año 2014 represento el 12,8% de todos los partos y de este porcentaje el 18,3 % represento partos pretérmino. Factores como escolaridad, estado civil, carencia de seguridad social en salud y gravidez, inadecuados controles prenatales (CPN), edad materna y complicaciones maternas (ruptura

prematura de membranas, infección de tracto urinario, trabajo de parto prematuro, infecciones vaginales entre otras) están asociados a la presencia de prematuridad en este grupo etáreo de riesgo de pacientes (3).

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:**

Es necesario la realización de esta tesis, ya que con ello se contribuirá a conocer cuáles son los factores de riesgo más frecuentes asociados a prematuridad en gestantes adolescentes , por ser este grupo poblacional más vulnerable para complicaciones durante su gestación, entre ellas el parto pretérmino que causa más del 50% de muertes perinatales.

Una vez identificado dicho factor de riesgo para prematuridad en las gestantes adolescentes se debe tomar las medidas adecuadas para el especial cuidado de dichas pacientes.

Ya que identificar el riesgo de prematuridad, es también reconocer y estar alerta a las posibles complicaciones, repercusiones y pronóstico que se desencadena al tener un recién nacido prematuro, disminuyendo con ello la morbimortalidad fetal y neonatal, por ende pérdidas sociales y económicas para el país y la comunidad.

Además los resultados obtenidos podrán servir de antecedente para nuevas investigaciones, así como material de consulta.

#### **1.4. OBJETIVOS:**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología- Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar cuáles son los factores de riesgo del paciente asociado a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología- Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015.
- Identificar cuáles son los factores de riesgo de patologías obstétricas asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología- Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:**

##### **2.1.1. INTERNACIONALES:**

**Ordoñez VA. Factores y marcadores de riesgo del parto pretérmino en las gestantes adolescentes y mayores de 35 años atendidas en el Hospital Teófilo Dávila en el año 2013. Universidad Técnica de Machala. 2014.**

En Ecuador, en el estudio realizado por Ordoñez (1), se encontró que las características individuales de las gestantes fueron que el 40 % fue en la adolescencia tardía (17 a 19), el 60 % son gestantes con educación primaria, el 53% son de procedencia urbana, el 44 % son solteras, el 92% tienen algún tipo de ocupación. Los antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes que se encontraron en este estudio fueron entre los

más relevantes que el 47% tuvo un inicio de vida sexual activa antes de 15 años, el 51 % fueron primigestas, el 12 % tuvo antecedente de parto prematuro previo. Los factores de riesgo obstétrico actual en las gestantes fueron, el 74% se realiza de uno a cinco controles prenatales; el 56% presentaron infecciones en las vías urinarias; el 37% presento infección vaginal, el 40 % presento anemia.

**Mendoza Tascón LA et al. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile. 2015.**

En este estudio Mendoza et al. (7) estudiaron la influencia de la adolescencia y de su entorno en la adherencia al control prenatal y su impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Se llegó a la conclusión que la edad materna 13-19 años se halló asociada a prematuridad.

**Donoso E et al. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica de Chile. 2014.**

En esta investigación realizado en Chile por Donoso (3) se estudió la edad materna como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, se concluyó que la tasa de mortalidad materna en adolescentes de 10-14 años, pese a ser una de las más altas (33,86/100.000 NV) no fue significativamente mayor que la del grupo control (OR 3,86; IC95% 0,90-16,53)

**Oviedo H et al. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecología y Obstetricia de México. México. 2007.**

En esta investigación Oviedo y col. (11) describieron la frecuencia de nacimientos pretérmino y las condiciones maternas, obstétricas o fetales diferentes de los casos espontáneos en una clínica de adolescentes embarazadas. Se encontró que la tasa de prematuridad fue de 10.8%: 0.8% entre

las 20 y 27 semanas, 3.3% de 28 a 33 y 6.7% de 34 a 36 semanas de gestación. Los principales desencadenantes fueron: rotura prematura de membranas en 18.7% (47/252), preeclampsia-eclampsia, 10.3% (26/252); parto gemelar, 10.3% (26/252); restricción del crecimiento intrauterino, 5.6% (14/252) y defectos congénitos en 5.6% (14/252).

**Pascual V et al. Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente. MEDISAN. Cuba. 2011.**

En este estudio realizado por Pascual (13) se identificaron en la adolescente primípara y su hijo un eventual patrón de riesgo, considerando las características de atención médica integral que recibe esta población en el país. Se realizó un estudio transversal y retrospectivo, de tipo casos y controles, integrado por una muestra de 207 unidades de análisis (69 casos y 138 controles), de 1 290 embarazadas en total. Entre las variables evaluadas figuraron: abortos provocados previos ( $\leq 2$ ); afecciones diagnosticadas, asociadas con el embarazo; eventos dependientes de la gestación y otras. En el análisis

estadístico se aplicó la razón de productos cruzados (RPC) u odds ratio (OR), con un intervalo de confianza (IC) de 95 %, así como la prueba de Ji al cuadrado, con  $p = 0,05$  o menor. Las variables de asociación significativa y carácter causal fueron: anemias deficitarias en segundo y tercer trimestres, infección genital en primer trimestre y amenaza de parto pretérmino, en tanto los abortos ( $\leq 2$ ) y las enfermedades del feto mostraron significación en sus asociaciones y carácter protector. Se identificó un patrón de riesgo de limitada complejidad para su manejo, con amplias opciones de modificación antes y después de la concepción y sin impacto negativo sobre la mortalidad maternoperinatal.

**Díaz Angélica et al. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile. 2002.**

Díaz y col. (6) estudiaron los riesgos obstétricos en el embarazo adolescente donde se obtuvieron los siguientes

resultados: La gran mayoría de pacientes tenían entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18,6 años, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9,49% del total del grupo de estudio. El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con ruptura prematura de membranas fue de 14,55%, de las cuales un 8,7% estuvo asociado a parto prematuro. En cambio, la presencia de ruptura prematura de membranas en el grupo control fue de 20,25% de las cuales un 9,4% se asoció a parto prematuro ( $p= 1,78$ ). Un 8,86% de las embarazadas adolescentes estudiadas tuvo un parto prematuro, cifra que fue casi el doble de la reportada en el grupo control con un 4,43% ( $p= 0,11$ ).

**Nader PRA, Alborghetti C. Parto prematuro de adolescentes: influencia de factores sociodemográficos y reproductivos, Espírito Santo, 2007. Brasil. 2010.**

En este estudio de Nader y col. (14) estudiaron los factores sociodemográficos y reproductivos asociados al parto prematuro, donde encontró que entre estos adolescentes, las madres de edades comprendidas entre 10 y 14 años

corresponden a 3,89% (383), mientras que los 15 y 19 años representan el 96,11% de esta población (9 458). Se observó que no había una diferencia estadísticamente significativa en la variable estado civil pues , ya casado, contrariamente a lo que se espera, tenían tasas más altas de la prematuridad ( $p = 0,014$ ). Se hace constar que tanto el término como en prematuros, las madres adolescentes tenían bajo nivel de educación, que tiene una diferencia estadísticamente significativa entre las variables dependientes. De las madres adolescentes que tenían niños prematuros, 14,43% (83) eran estudiantes, 65.39% (376), amas de casa y 13,91% (80) había un trabajo remunerado. Y en las madres adolescentes que dieron a luz a término, 10,19% (935) eran estudiantes, 69,13% (6341) amas de casa y 13,96% (1.281) trabajaban. Por lo tanto, es evidente que a pesar de la variable no presentó una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,498$ ), esto reveló datos importantes en la caracterización de estas madres. Al comparar las categorías 1 a 3 CPN con respecto categoría de 4 o más consultas, hubo una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ), ya que los bebés prematuros de las madres tenían menos consultas prenatales, hecho que puede

servir como base para nuevas políticas o fortalecimiento de los existentes en esta área.

**Paredes ME. Determinantes de riesgo obstétrico y perinatal que aumentan la incidencia de parto pretérmino: una visión epidemiológica en el embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el año 2008. Ecuador. 2009.**

En este estudio realizado por Paredes (15) se obtuvieron los siguientes resultados: Existe una frecuencia de 27,91% de pacientes adolescentes con amenaza de parto pretérmino. El porcentaje de patologías obstétricas es el siguiente: Infección vaginal 12,50%, anemia 12,50%, ITU: 25%, preeclampsia 2,08%, se observó que el 50% de pacientes tienen CPN inadecuado.

**López E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero - diciembre 2008”. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca. 2008.**

López demostró en este estudio que el 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía), el 65.5% perteneció a la zona rural. El 43.64% ha estudiado la secundaria incompleta, el 40% son casadas. La amenaza de parto pretérmino representó el 10%; mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2.73%. (15)

**Olaya RA. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2013.**

En Ecuador, el este estudio realizado por Olaya (17), se obtuvo que el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre

18 y 19 años, el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron ITU.

**Bojanini J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia. 2004.**

En este estudio realizado por Bojanini (8) se obtuvo como resultado que el 28,6% de las pacientes eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un porcentaje importante de pacientes que no había hecho control prenatal. El 53,6% de las adolescentes y el 50,4% de las adultas presentaron parto pretérmino. En las adolescentes hubo menos preeclampsia severa, pero más casos de eclampsia en general que en las adultas. La ruptura prematura de membranas ovulares se presentó más frecuentemente en las adolescentes.

**Manrique R et al. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Venezuela. 2008.**

Manrique y col. (18) encontraron en su estudio que la prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %. El estrato socioeconómico predominante fue el IV con 67,6 %. Se presentaron patologías maternas (85,3 %) y complicaciones perinatales (38,2 %). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas ( $p < 0,05$ ).

**Muñoz M. Los estresores psicosociales. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile. 2009.**

Muñoz (20) encontró que los estresores psicosociales asociados a la presencia de Síndrome Hipertensivo del Embarazo y/o parto prematuro fueron: problemas económicos (OR: 2,46 [1,20 - 5,80]), presencia de agresión psicológica familiar (OR: 4,65 [1,99 - 11,30]), presencia de algún evento estresante y/o depresión (OR: 2,84 [1,36 - 5,98]), presencia de

alguna enfermedad y/o hospitalización de un familiar de la adolescente (OR: 6,07 [1,85 - 25,68]), y presencia de violencia al interior del hogar (OR: 4,65 [1,95 - 11,69]). El apoyo familiar se asocia con ausencia de SHE y/o SPP ( $p < 0,001$ ).

### **2.1.2. NACIONALES:**

**La Rosa AF. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Revista Horizonte Médico. Lima. 2015.**

La Rosa (4) realizó un estudio sobre las complicaciones en los recién nacidos de madres adolescentes, donde se concluyó que el número de gestantes adolescentes tempranas fue de 0,62% en el estudio. Los RN pretérmino fueron 5 (8.1%) en el grupo de adolescentes tempranas y 4(6,5%) en el segundo grupo. El número de controles prenatales (seis considerado como adecuado) se dieron adecuadamente en un 67.7% de pacientes.

**Peña A, Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú. 2011.**

Peña (2) realizó un estudio en el año 2011 en pacientes gestantes adolescentes del Hospital Regional de Huacho , donde se concluyó que las adolescentes tuvieron una edad media de  $17,5 \pm 1,5$  años y las demás gestantes,  $25,5 \pm 4$  años. La mayoría de las gestantes fue conviviente (65,5% y 67,1%, respectivamente) y con estudios secundarios concluidos (82,4% y 70,7%, respectivamente). Las patologías del embarazo más frecuentes fueron la infección del tracto urinario ( $p=0,443$ ;  $RR=1,07[0,90-1,27]$ ) y la anemia ( $p=0,281$ ;  $RR=0,89[0,72-1,10]$ ).

**Pacheco J, Urbina C. Embarazo en adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú. 2006.**

En Perú en el estudio de Pacheco y col. (12) en el año 2006 se encontró que hubo un total de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas con 17 años o

menos y 83,7% entre 18 y 19 años. Para 81,3%, era su primer embarazo; el parto pretérmino ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue 41,5%.

**Riva NS. Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital De Apoyo N° 2 Yarinacohca - Pucallpa. Lima, 2004.**

Riva (5) demostró en su estudio que la incidencia de parto pretérmino fue 12,1%, 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. Los factores que incrementaron el riesgo de parto pretérmino espontáneo fueron: Infección vaginal (OR = 2,4; IC al 95% de 1,3 -7,2), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1; IC al 95% de 2,7-16,1) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; IC al 95% de 1,2 – 2,4). El antecedente de infección de las vías urinarias se presentó en el 8,2% de gestantes adolescentes con parto pretérmino y en el 2,8% de adolescentes que no presentaron

parto pretérmino (OR = 1,6; IC al 95% de 0,9 – 3,8) sin asociación significativa estadística.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Definiciones:

a) **Adolescencia:** según la OMS es el 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 socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años. La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomo - fisiológica, social y cultural. Se dividen en tres tipos de adolescencia:

- **Adolescencia temprana (10 a 13 años):** Biológicamente es el periodo peri-puberal, que experimenta grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia, psicológicamente el adolescente empieza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, se preocupa mucho por sus

cambios corporales con grandes incertidumbres sobre su apariencia física.

- **Adolescencia media (14 a 16 años):** Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus semejantes, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres, para muchos adolescentes es la edad promedio de inicio de vida sexual, muy preocupados por su apariencia física.
- **Adolescencia tardía (17 a 19 años):** Esta edad casi no se presenta cambios físicos y se da acertamiento de su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores van encaminados ya hacia una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia en las relaciones íntimas. (1)

b) **Embarazo en la adolescencia :** Se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. (1)

c) **Prematuridad:** Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 y después de la semana 22 o antes de los 259 días post concepcionales, ocurre entre el 5 y 10 % de los embarazos. Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

Dentro de la etiología se plantea sobre todo las edades extremas (menor a 20 años y mayor a 35 años), el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario.

En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. (15)

### **2.2.2. Epidemiología:**

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%. (5)

En países en desarrollo es aún un gran problema y contribuir en la solución de este es un objetivo al que diversas instituciones desde el Estado se han trazado. (2)

La actividad sexual (AS) cada vez ocurre a más temprana edad (promedios de inicio 13,5-16 años), mientras el embarazo en la adolescencia se constituye en un problema de origen multifactorial, con mayor riesgo de complicaciones para la madre, feto y neonato. En los países en desarrollo, entre 15-20% de todos los nacimientos corresponden a madres adolescentes y 40% de estos embarazos no son deseados. La evidencia hasta la fecha sugiere que la morbilidad y mortalidad materna se incrementan durante el embarazo adolescente, especialmente entre las más jóvenes. (1)

La morbilidad y mortalidad de las adolescentes embarazadas en Latinoamérica puede ser similar al del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto.

Se ha reportado el mayor riesgo de morbi mortalidad materna y perinatal del embarazo en adolescentes y en edad materna avanzada. Según cifras del MINSA, 3 de cada 10 mujeres sexualmente activas son adolescentes. Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos, es menor en este grupo etáreo; esto ha llevado a un aumento en la tasa de fecundidad en las adolescentes. (2)

En países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza y situaciones de inestabilidad social y familiar entre ellos.

En los países en desarrollo, entre 15-20% de todos los nacimientos corresponden a madres adolescentes y 40% de estos embarazos no son deseados. (2)

El padre adolescente tiene ausencia en toma de decisiones dentro del evento reproductivo, falta de compromiso y hasta rechazo de la respectiva familia. Generalmente abandona sus estudios. Tiene trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares, existe una más alta tasa de divorcios, aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa del medio que lo rodea. (13)

### **2.2.3. Factores de riesgo de prematuridad en gestantes adolescentes:**

**a) Edad:** La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas, se considera el embarazo en edades extremas (menor a 20 y mayor a 35 años) como de riesgo.

(2) Se describe a la adolescencia temprana (10-13 años) la etapa de mayor riesgo de morbi-mortalidad. (3)

**b) Paridad:** Se observa que con más frecuencia la multiparidad es un factor significativamente estadístico en este tipo de pacientes con mayor riesgo de prematuridad. (1,13)

- c) Grado de instrucción:** Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo grado de instrucción y en aquellas con inadecuado control prenatal (5).
- d) Ocupación:** Se estima que ser ama de casa se asocia principalmente con la gestación adolescente y favorece la presencia de prematuridad (1).
- e) Procedencia:** Se ha asociado con más frecuencia la población urbana con la presencia de prematuridad en adolescentes (12).
- f) Estado civil. :** El mantener un núcleo familiar inestable acompañado del estrés psicosocial de pertenecer a una familia a una edad en la que no se encuentra preparado tanto física como mentalmente contribuye fuertemente a la presencia de parto pretérmino en este grupo etáreo (8).
- g) Controles prenatales:** La OMS considera que un CPN de buena calidad es aquel que inicia en el primer trimestre del embarazo, donde se eduque, proteja, detecte y haga tratamiento de enfermedades que puedan aparecer en la gestación, con al menos 5 citas, idealmente. En el estudio de Bojanini (8) y Gómez 2001. El 28,6 % de las pacientes

eran adolescentes, un porcentaje importante de pacientes no había hecho control prenatal o con un número inadecuado de CPN. El 53,6 % de las adolescentes presentaron parto pretérmino (17).

**h) Infección vaginal:** Existen estudios que asocian la infección como causa importante del parto pretérmino, que puede ser el motivo de 40 % de todos los casos de parto pretérmino espontáneo por todas las mujeres que son admitidas con amenaza de parto pretérmino que puede tener cambios cervicales irreversibles (1, 9).

**i) Infección del tracto urinario:** Es la infección más común en el embarazo se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar del tracto urinario: uretra vejiga uréteres y riñón La mujer por poseer una uretra corta y con proximidad a la región perianal está en riesgo constante de alterar su flora bacteriana más aun en el embarazo, además de ello el riesgo de bacteriuria asintomática aumenta en 2-3% durante todo el embarazo. Las pacientes no tratadas tienen un riesgo de 15-65% de padecer pielonefritis aguda, el 60-75% en el tercer trimestre y un 25-

33% infección post-parto, aumentando el riesgo de prematuridad y la probabilidad de mortalidad perinatal (1).

**j) Ruptura prematura de membrana:** Definida como la ruptura de membranas antes del trabajo de parto, Según la literatura cerca del 35% de partos pretérmino adolescente se asocia a RPM en su gran mayoría sin otros factores de riesgo (12).

**k) Anemia:** Según la OMS la anemia en mujeres gestantes se define como una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/dl, que es la cifra mínima aceptada en el ámbito mundial. Mantener el valor adecuado de hemoglobina en la mujer gestante nos ayudará a controlar las posibles alteraciones y patologías obstétricas y perinatales que se pueden presentar durante el embarazo, parto y post parto; entre ellas el parto pretérmino (1, 10).

**l) Pre eclampsia:** Autores de diversos estudios realizados en embarazadas adolescentes con parto pretérmino, han reportado que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del preeclampsia, publicando valores de frecuencias entre 29% (4).

**m) Diabetes gestacional:** Se ha asociado esta patología en algunos estudios como el de Manrique y Ordoñez (1).

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante el mes de enero a diciembre del año 2015 se realizó un estudio retrospectivo , de casos y controles , que incorporo a las pacientes gestantes adolescentes hospitalizadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo el año 2015.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO**

##### **3.2.1. POBLACIÓN**

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo Enero-Diciembre del año 2015, hubo un total de 2890 gestantes, de los cuales 490 fueron madres adolescentes, entre ellas 110 tuvieron parto fueron prematuros.

Se considera caso a toda gestante adolescente con parto prematuro definido como culminación del embarazo entre la semana 22 y 36 de gestación.

Asimismo, se considera control a toda gestante adolescente que haya tenido un parto a término definido como la culminación del embarazo entre la semana 37 y 41 de gestación.

La selección de los grupos se basó en los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes que tengan el diagnóstico de parto prematuro entre 10 a 19 años, el diagnóstico se confirmó usando la historia clínica para evidenciar el diagnóstico previo de la enfermedad realizada por un especialista.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes fallecidas durante el período de estudio.
- Pacientes cuyas historias clínicas no consignen la totalidad de las variables mencionadas.

**3.2.2. MUESTRA**

Se incorporó la totalidad de pacientes gestantes adolescentes hospitalizadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo el año 2015 con prematuridad como casos y como grupo control a pacientes con gestación a término, y se diseñó una relación de 1/1 con el grupo de casos.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICION
Edad Gestacional	Dependiente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 20-37 sem.</li> <li>➤ 37-41 sem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pretérmino</li> <li>A término</li> </ul>
Edad	Independiente	De razón	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adolescencia temprana</li> <li>➤ Adolescencia media</li> <li>➤ Adolescencia tardía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 10-13 años</li> <li>➤ 14-16 años</li> <li>➤ 17-19 años</li> </ul>
Preeclampsia	Cualitativa	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si</li> <li>➤ No</li> </ul>
Diabetes gestacional	Cualitativa	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si</li> <li>➤ No</li> </ul>
Ocupación	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudiante</li> <li>➤ Trabajadora</li> <li>➤ Ama de casa</li> </ul>
Procedencia	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rural</li> <li>➤ Urbana</li> </ul>
Estado Civil	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Soltera</li> <li>➤ Conviviente</li> <li>➤ Casada</li> <li>➤ Divorciada / separada</li> </ul>
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analfabeta</li> <li>➤ Primaria</li> <li>➤ Secundaria</li> <li>➤ Superior</li> </ul>

Paridad	Cuantitativa	nominal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primípara</li> <li>➤ Multipara</li> </ul>
Número de controles prenatales	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adecuada</li> <li>➤ Inadecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ más de 5</li> <li>➤ menos de 5</li> </ul>
ITU	Cualitativa	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si</li> <li>➤ No</li> </ul>
Infección vaginal	Cualitativa	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si</li> <li>➤ No</li> </ul>
Ruptura prematura de membranas	Cualitativa	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si</li> <li>➤ No</li> </ul>
Anemia	Cualitativa	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si</li> <li>➤ No</li> </ul>

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para realizar el presente proyecto se coordinó con la Dirección del Hospital Nacional Dos de Mayo solicitando autorización para la revisión de las historias clínicas de las pacientes que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología- Obstetricia en el periodo enero a diciembre del año 2015.

El método para la recolección de la información fue la revisión documentaria de las historias clínicas llevada a cabo por el investigador.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos fueron procesados y analizados, utilizando el programa SPSS 20, la validez del mismo se obtuvo realizando doble digitación de datos para el control de inconsistencias. Se calculó la razón de posibilidades (odds ratio) para las variables en estudio, con su respectivo intervalo de confianza del 95% y significancia estadística.

También se utilizó la prueba de chí cuadrado para analizar las diferencias entre las proporciones de los factores estudiados, con su respectivo intervalo de confianza del 95% y valoración de significancia estadística ( $<0,05$ ).

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

**TABLA 01**

**DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETÁREO DE PACIENTES GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Adolescencia temprana	0	0,0	0,0
Adolescencia media	42	19,1	19,1
Adolescencia tardía	178	80,9	100,0

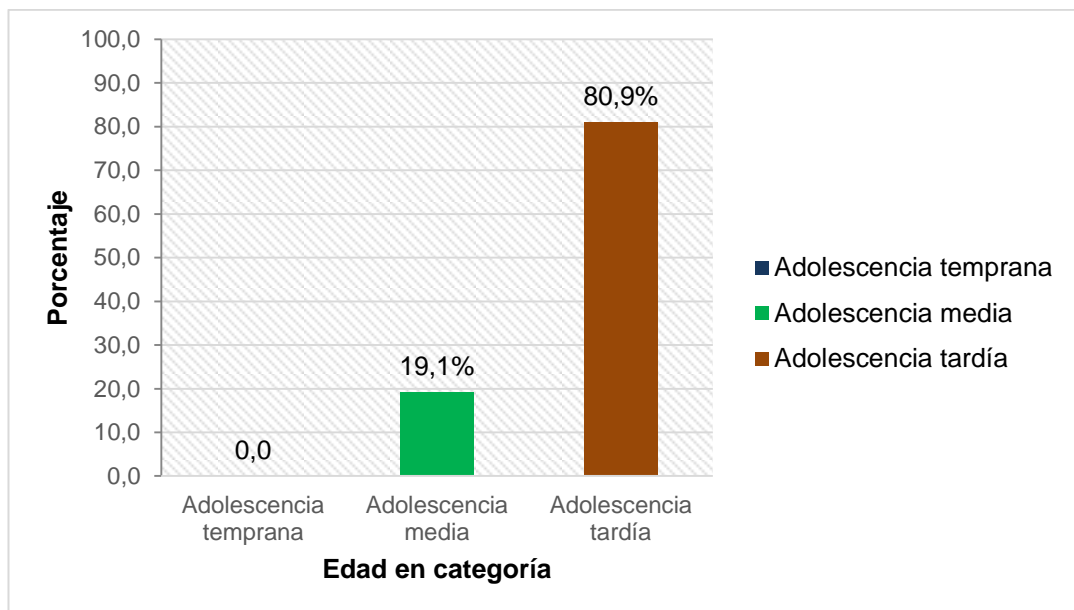
Fuente: Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se observa en la tabla 1 que, el 80,9% de todas las pacientes gestantes adolescentes están en su mayoría en el grupo de adolescencia tardía, 19,1% en adolescencia media y no hubo pacientes en el grupo de adolescencia temprana.

## GRAFICO 01

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO DE PACIENTES GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DEL AÑO 2015

#### DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO



Fuente: Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**TABLA 02**

**DISTRIBUCION CASOS Y CONTROLES SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

		Edad gestacional				Total	
		Casos		Controles		Recuento	% del total
		Recuento	% del total	Recuento	% del total		
<b>Paridad</b>	<b>Primípara</b>	94	85,4%	90	81,8%	184	83,6%
	<b>Múltipara</b>	16	14,6%	20	18,2%	36	16,4%
<b>Edad</b>	<b>Adolescencia media</b>	18	16,4%	24	21,8%	42	19,1%
	<b>Adolescencia tardía</b>	92	83,6%	86	78,2%	178	80,9%
<b>Grado de instrucción</b>	<b>Primaria</b>	2	1,8%	12	11%	14	6,4%
	<b>Secundaria</b>	98	89%	94	85,4%	192	87,2%
	<b>Superior</b>	10	9,2%	4	3,6%	14	6,4%
<b>Ocupación</b>	<b>Estudiante</b>	64	58,2%	41	37,2%	105	47,7%
	<b>Ama de casa</b>	36	32,7%	55	50%	91	41,4%
	<b>Trabajadora</b>	10	9,1%	14	12,8%	24	10,9%
<b>Procedencia</b>	<b>Urbana</b>	104	94,6%	108	98,2%	212	96,4%
	<b>Rural</b>	6	5,4%	2	1,8%	8	3,6%
<b>Estado civil</b>	<b>Soltera</b>	40	36,4%	40	36,4%	80	36,4%
	<b>Conviviente</b>	68	61,8%	64	58,2%	132	60%
	<b>Casada</b>	2	1,8%	6	5,4%	8	3,6%
<b>Total</b>		110	100,0%	110	100,0%	220	100,0%

Fuente: Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional Dos de Mayo.

En relación a la tabla de frecuencia de factores de riesgo propios de patologías obstétricas se observa primeramente que predomina el adecuado control prenatal en ambos grupos; siendo ligeramente mayor en el grupo control con 71% contra el 67,2 % del grupo de casos; sin embargo destaca que cerca de la tercera parte de los casos como controles no tienen un adecuado control prenatal.

Con lo que respecta a la infección vaginal la frecuencia de casos como controles vemos valores de 54,5 % y 38,2% respectivamente esta afección, siendo más de la mitad de los casos afectados por esta patología.

Con lo que refiere a infección del tracto urinario los porcentajes se han mantenido iguales en ambos grupos teniendo esta patología el 20 % de las gestantes adolescentes tanto en casos como en controles.

En cuanto a la ruptura prematura de membranas se observa que un 46% de pacientes si tienen esta patología en el grupo de casos contrastando casi cuatro veces más con el 12,1% que se obtuvo del grupo de controles

Con respecto a la preeclampsia fue en similar proporción obteniéndose 9,0% tanto en el grupo de casos como de controles pero teniendo mayor frecuencia las pacientes que no tuvieron esta patología.

En lo referido a la variable diabetes gestacional el 4,6% obtenido en el grupo de las pacientes casos contrasta con el 1,8% de las pacientes control , sin embargo aún continua siendo un grupo menor con respecto a quienes no tienen dicha patología.

Con respecto a la anemia el grupo de casos obtuvo casi el doble de frecuencia (43,6%) con respecto al grupo control (23,6%); siendo además casi la mitad de frecuencia en el grupo de casos (43,6% quienes sí tuvieron anemia vs 56,4% que no la tuvieron).

**TABLA 03**

**FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS  
ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN GESTANTES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO EN EL PERIODO  
ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

		Edad gestacional				Total	
		Casos		Controles			
		Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
Control prenatal	Adecuado	74	67,2%	78	71,0%	152	69,1%
	Inadecuado	36	32,8%	32	29,0%	68	30,9%
Infección vaginal	Si	60	54,5%	42	38,2%	82	46,4%
	No	50	45,5%	68	61,8%	138	53,6%
Infección urinaria	Si	22	20,0%	22	20,0%	44	20,0%
	No	88	80,0%	88	80,0%	176	80,0%
Ruptura prematura de membranas	Si	46	41,8%	14	12,8%	60	27,3%
	No	64	58,2%	96	87,2%	160	72,7%
Preeclampsia	Si	10	9,0%	10	9,0%	20	9,1%
	No	100	91,0%	100	91,0%	200	90,9%
Diabetes gestacional	Si	5	4,6%	2	1,8%	7	3,2%
	No	105	95,4%	108	98,2%	213	96,8%
Anemia	Si	48	43,6%	26	23,6%	74	33,6%
	No	62	56,4%	84	76,4%	146	66,4%
<b>Total</b>		<b>110</b>	<b>100,0%</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>	<b>220</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima

En relación a la tabla de frecuencia de factores de riesgo propios de patologías obstétricas se observa primeramente que predomina el adecuado control prenatal en ambos grupos; siendo ligeramente mayor en el grupo control con 71% contra el 67,2 % del grupo de casos; sin embargo destaca que cerca de la tercera parte de los casos como controles no tienen un adecuado control prenatal.

Con lo que respecta a la infección vaginal la frecuencia de casos como controles vemos valores de 54,5 % y 38,2% respectivamente esta afección, siendo más de la mitad de los casos afectados por esta patología.

Con lo que refiere a infección del tracto urinario los porcentajes se han mantenido iguales en ambos grupos teniendo esta patología el 20 % de las gestantes adolescentes tanto en casos como en controles.

En cuanto a la ruptura prematura de membranas se observa que un 46% de pacientes si tienen esta patología en el grupo de casos contrastando casi cuatro veces más con el 12,1% que se obtuvo del grupo de controles

Con respecto a la preeclampsia fue en similar proporción obteniéndose 9,0% tanto en el grupo de casos como de controles pero teniendo mayor frecuencia las pacientes que no tuvieron esta patología.

En lo referido a la variable diabetes gestacional el 4,6% obtenido en el grupo de las pacientes casos contrasta con el 1,8% de las pacientes control , sin embargo aún continua siendo un grupo menor con respecto a quienes no tienen dicha patología.

Con respecto a la anemia el grupo de casos obtuvo casi el doble de frecuencia (43,6%) con respecto al grupo control (23,6%); siendo además casi la mitad de frecuencia en el grupo de casos (43,6% quienes sí tuvieron anemia vs 56,4% que no la tuvieron).

**TABLA 04**

**FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE ASOCIADOS A  
PREMATURIDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA –  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS  
DE MAYO EN EL PERIODO ENERO –  
DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

Variable	Valor	Edad gestacional		Chi cuadrado	Valor - p	OR	IC (al 95%)	
		Casos	Controles				Inferior	Superior
Paridad	Primípara	85,4%	81,8%	0,5310	0,4660	1,3056	0,6367	2,6772
Edad	Adolescencia tardía	83,6%	78,2%	1,0530	0,3030	1,4264	0,7239	2,8103
Grado de instrucción	Secundaria	89,0%	85,4 %	0,6550	0,4180	1,3901	0,6245	3,0942
<b>Ocupación</b>	<b>Estudiante</b>	<b>58,2%</b>	<b>37,2%</b>	<b>9,6380</b>	<b>0,0020</b>	<b>2,3415</b>	<b>1,3628</b>	<b>4,0228</b>
Procedencia	Urbana	94,6 %	98,2%	2,0750	0,1500	0,3210	0,0633	1,6265
Estado civil	Conviviente	61,8%	58,2%	2,0750	0,1500	3,1154	0,6148	15,7865

Fuente: Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima

En la tabla N 4 se analizó las variables dependientes de la paciente ahora expondremos los odds ratio. Con respecto a la paridad se obtuvo un OR: 1,35 (IC: 0,6367-2,6772) con un p: 0,46 no siendo significativamente estadístico, con respecto a la edad vemos que en la adolescencia tardía tuvo un OR: 1,4264 (IC: 0,7239-2,8103) no siendo significativamente

estadístico. En torno al grado de instrucción se obtuvo un OR: 1,3901 (IC: 0,6245-3,0942) con un p: 0,4180 tampoco teniendo asociada estadística significativa.

Con referencia a la ocupación cuando las pacientes son estudiantes debido a que el OR muestra un valor de 2.3415 y un intervalo de confianza (IC95%) de 1.3628 a 4.0228 con un valor – p de 0.0020; esto significa que los pacientes que tienen ocupación de estudiante tienen dos veces más riesgo de presentar parto prematuro que los pacientes que tienen otra ocupación teniendo en cuenta que el OR es mayor a 1 y el intervalo de confianza no contiene al 1 podemos concluir es un factor de riesgo para prematuridad.

Tanto la procedencia como el estado civil no tuvieron asociación significativamente estadística (p: 0,1500 y OR: 0,3210 con un IC de 0,063-1,6265 en la primera variable y p: 0,1500 con un OR: 3,1154 y un IC: 0,6148-15,7865)

**TABLA 05**

**FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS  
ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN GESTANTES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGIA-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO EN EL PERIODO  
ENERO- DICIEMBRE DEL AÑO 2015**

Variable	Valor	Edad gestacional		Chi cuadrado	Valor - p	OR	IC (al 95%)	
		Casos	Controles				Inferior	Superior
Control prenatal	Inadecuado	32,8%	29%	0,3410	0,5600	1,1858	0,6688	2,1024
<b>Infección vaginal</b>	<b>Si</b>	<b>54,5%</b>	<b>38,2%</b>	<b>0,0780</b>	<b>0,0154</b>	<b>1,9429</b>	<b>1,1351</b>	<b>3,3254</b>
Infección urinaria	Si	20,0%	20,0%	0,0000	1,0000	1,0000	0,5165	1,9362
<b>Ruptura prematura de membrana</b>	<b>Si</b>	<b>41,8%</b>	<b>12,8%</b>	<b>23,4670</b>	<b>0,0000</b>	<b>4,9286</b>	<b>2,5051</b>	<b>9,6965</b>
Preeclampsia	Si	9,0%	9,0%	0,0000	1,0000	1,0000	0,3988	2,5075
Diabetes gestacional	Si	4,6%	1,8%	1,3280	0,2490	2,5714	0,4881	13,5467
<b>Anemia</b>	<b>Si</b>	<b>43,6,%</b>	<b>23,6%</b>	<b>9,8560</b>	<b>0,0020</b>	<b>2,5012</b>	<b>1,4016</b>	<b>4,4637</b>

Fuente: Historias Clínicas del Archivo del Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima

Con respecto al análisis de las variables propias de patologías obstétricas en la Tabla 5 analizaremos el CPN viendo que posee un valor p: 0,5600 y

un OR: 1,1858 con un IC de 0,6688-2,1024 no teniendo asociación estadísticamente significativa.

Con respecto a la infección vaginal nuestro estudio obtuvo asociación estadísticamente significativa.  $p:0,0154$  y OR: 1,9429 con IC: 1,1351-3,3254, es decir que las pacientes gestantes adolescentes con infección vaginal tienen 1,9 veces más riesgo de prematuridad que las que no tienen infección vaginal.

Al analizar la infección del tracto urinario se observa que no tienen valor estadísticos significativos con OR de 0,9252 (IC: 0,5355-1,5983).

Una variable a considerar es ruptura prematura de membrana debido a que el OR muestra un valor de 4.9286 y un intervalo de confianza (IC95%) de 2.5051 a 9.6965 con un valor  $p$  de 0.0000; esto significa que los pacientes que presentan ruptura prematura de membrana tienen cuatro veces más riesgo de presentar parto prematuro que los pacientes que no presentan ruptura prematura de membrana, teniendo en cuenta que el OR es mayor a 1 y el intervalo de confianza no contiene al 1 podemos concluir es un factor de riesgo para el parto pretérmino.

Con respecto a la preeclampsia se consideró sin asociación significativa estadística debido a que posee un p: 1,0000 y un OR: 1,0000 con IC: 0,3988-2,5075 al igual que la diabetes gestacional con valores de p: 0,2490 y un OR: 2,5714 con un IC: 0,4881-13,5467.

La anemia se considera como un factor de riesgo cuando las pacientes presentan esta enfermedad, debido a que el OR muestra un valor de 2.5012 y un intervalo de confianza (IC95%) de 1.4016 a 4.4637 con un valor – p de 0.0020; esto significa que los pacientes que presentan anemia tienen dos veces más riesgo de presentar parto prematuro que los pacientes que no presentan anemia, teniendo en cuenta que el OR es mayor a 1 y el intervalo de confianza no contiene al 1, podemos concluir es un factor de riesgo para el parto prematuro.

## DISCUSIÓN

El estudio de la prematuridad en gestantes adolescentes se hace necesario debido al progresivo aumento la población en esta etapa de la vida. En países en vías de desarrollo como el Perú es un problema de Salud Pública, por lo cual es importante tener un panorama en el cual pudiésemos intervenir para evitar consecuencias a futuro.

Es por ese motivo que es importante la realización de este estudio, en el cual se busca encontrar los factores de riesgo más asociados a este problema en el grupo etéreo de adolescentes gestantes. Se realizó un estudio retrospectivo, de casos y controles; con razón de 1 a 1 de los casos con los controles.

En nuestro estudio el 80,9% de todas las pacientes gestantes adolescentes tanto el grupo de casos como de controles, están en su mayoría en el grupo de adolescencia tardía, casi 4 veces más que el grupo de adolescencia media y ningún paciente en el periodo de adolescencia temprana. Esto coincide con los diversos estudios

realizados en Perú por Peña (2) y Pacheco (12), en Ecuador por Ordoñez (1), en Chile por Díaz y cols. (6), en Brasil por Nader (14).

No se encontraron pacientes en el grupo de adolescencia temprana, siendo similar al resultado encontrado por López (16) y La Rosa (4), sin embargo, este grupo es el que más se asocia a complicaciones tanto en la madre como el recién nacido, discrepando de lo obtenido por Donoso (3) en Chile, quién considero que este grupo etéreo no tiene significativamente más riesgo que las adolescentes tardías, a pesar de tener una de las más altas tasas de morbimortalidad neonatal.

A pesar de su alta frecuencia, la adolescencia tardía no fue significativamente estadística, con un OR: 1,4264 (IC 95%: 0,7239-2,8103), concordando con el estudio de Mendoza (7), en el cual la adolescencia temprana tiene un valor estadístico significativo (p: 00,4) coincidiendo con la literatura y la adolescencia tardía un valor no significativo (p: 0,8270).

En relación a la paridad, la frecuencia mayor se encuentra en el grupo de las primigestas tanto en los casos como en los controles con porcentajes de 85,4% y 81,8% respectivamente, coincidiendo con el trabajo de

Ordoñez (1) que obtuvo 51% de gestantes adolescentes primíparas y el de Bojanini (8) con 75% de pacientes en este grupo, sin embargo contrasta con el trabajo de Mendoza y col. (7), que otorgan más del 50% de la paridad en general a las multíparas, tanto en el grupo de casos como controles, con asociación significativamente estadística ( $p < 0,0010$  y OR:1,51 con IC:1,20-1,65); mientras nuestro trabajo no obtuvo un resultado significativamente estadístico (OR : 1,35 con IC : 0,6367-2,6772 y valor  $p : 0,46$ ), coincidiendo con el trabajo de Riva (5) con un OR de 1,2 y  $p:0,16$

A diferencia de ese trabajo la frecuencia de primíparas tanto en casos como controles fue casi 4 veces más que el de las multíparas, por lo cual no adquiere valor significativo al ser parecido en ambos grupos.

En lo que compete a grado de instrucción, más del 80% de pacientes de los dos grupos se encuentra con estudios secundarios, el grupo de casos posee 1,8% con estudios primarios y 9,2% con estudios superiores y en los controles 11% y 3,6% con estudios primarios y superiores respectivamente. Sin duda discrepan con el estudio de Ordoñez (1), en el cual el 60% de las pacientes tienen estudios primarios y el 35 % de estas tienen estudios secundarios, pero coincide con el estudio de cohortes realizado por Peña (2) con 82,4% y 70,7% de ambos grupos con estudios

secundarios y por López (16) con 54,8% con estudios secundarios, incluso en el trabajo de Olaya (17) en Ecuador se halla el 93% de pacientes con estudios secundarios.

Debido a que la población en estudio vive en una zona urbana, es en el centro educativo generalmente donde adquiere la gestación y durante la misma, ellas tienden a continuar sus estudios y continuar una vida normal dejando de lado la parte del embarazo, los controles prenatales y todo lo que esto atañe. Además, cabe resaltar que no se encontraron pacientes analfabetas en el estudio.

Por otro lado, se encontró en nuestro estudio que el grado de instrucción obtuvo un OR: 1,3901 (IC: 0,6245-3,0942) con un p: 0,4180, que no tiene asociación estadística significativa, discrepando de lo encontrado por Mendoza y cols. (7), quienes si encuentran asociación entre el bajo nivel de instrucción como escolaridad menor a 11 años (OR 1,53 y p <0,0001) y con Nader y cols. (14), que encuentran que un bajo nivel de educación en las pacientes gestantes adolescentes con prematuridad tiene asociación significativa p <0,0001.

Con respecto a estado civil, el grupo que mayor porcentaje tuvo fue el de convivientes en total (61,8% en los casos y 51,2% en los controles), seguido por el grupo de gestantes adolescentes solteras con 36,4% en cada grupo, la frecuencia de pacientes casadas no supero el 10%, estos resultados discrepan en algo con el estudio de Ordoñez (1), en las que se obtiene un porcentaje mayor de solteras (44%) y convivientes (31%), sin embargo, el 20% de estas pacientes estaba casada siendo el doble de nuestro estudio. A su vez resultados similares obtuvo el estudio de Peña (2) con más del 60% de pacientes con estado civil conviviente.

En la población peruana, en el contexto de las pacientes atendidas en este estudio, la gran mayoría de peruanos posee un estado civil de convivientes, como demuestra nuestro estudio en general, por lo cual no es un factor de riesgo para prematuridad en gestantes adolescentes.

El estado civil no tuvo asociación significativamente estadística en nuestro estudio (p: 0,1500 y OR: 0,3210 con un IC de 0,063-1,6265), en cambio en el estudio de Mendoza y cols. (7) se encuentra asociación significativa entre sus grupos de soltero y unión libre (p <0,0001), contrastando con el estudio de Nader (14), en el cual no existe asociación significativa en el grupo de solteras.

Con referencia a la procedencia, vemos que más del 90 % de pacientes proceden de zonas urbanas, con 94,6% en el grupo de casos y 98,2% en el grupo control; contrastando con el estudio de Ordoñez (1), en el cual 53% de las pacientes estudiadas fueron de procedencia urbana y con el estudio de López (16), en el cual 34,5% solamente pertenecen a la zona rural.

No se encontró mucha bibliografía con respecto a si la procedencia es un factor de riesgo significativo, sin embargo, en nuestro estudio no se encontró dicha asociación con un  $p$ : 0,1500 y OR: 0,3210 con un IC de 0,063-1,6265. A pesar de ser un Hospital de referencia Nacional, la gran mayoría de pacientes agrupadas en este estudio fueron del marco poblacional de Lima y los distritos cercanos (La Victoria, Cercado de Lima entre otros).

Con respecto a variable ocupación, se observa que la gran mayoría de nuestras pacientes se ubica en el grupo de estudiantes (58,2%), seguida de ama de casa (32,7%) y trabajadora (9,1%) en el grupo de casos ,en contraste con el grupo control, en el cual ser ama de casa ocupa la mitad de la frecuencia, seguida del grupo de estudiante (37,2%) y trabajadoras (12,8%),esto difiere del estudio de Ordoñez (1), donde predomina con

52% el ser ama de casa seguido del 20% que era estudiante, este estudio coincide con el estudio de Nader (14), en el cual tanto los casos como los controles tuvieron la mayor frecuencia en el grupo amas de casa (65,39% y 69,13% respectivamente ) y como estudiante 14,43% y trabaja 13,91% del grupo de casos

Con referencia a la ocupación, cuando las pacientes son estudiantes debido a que el OR muestra un valor de 2.3415 y un intervalo de confianza con un IC95% y un  $-p$  de 0.0020; esto significa que los pacientes que tienen ocupación de estudiante tienen dos veces más riesgo de presentar parto prematuro en nuestro estudio contrastando con el estudio de Nader (14) en el cual el ser estudiante no tuvo un valor estadísticamente significativo ( $p$ : 0,498).

En nuestro estudio, debido a que al seguir estudiando generalmente en secundaria como lo corroboran varios estudios en nuestro país, este problema acarrea que tanto física como psicológicamente la adolescente se sienta sometida a estrés y estados de ánimos cambiantes, problemas familiares y sociales en su centro educativo que pueden terminar desencadenando el parto pretérmino.

El inadecuado número de CPN, tiene una frecuencia variable como característica de la gestante adolescente con prematuridad, en el estudio de Ordoñez (1) el porcentaje es elevado 74%, La Rosa (4) encontró 32,3% de CPN inadecuados, Paredes (15) 50% CPN inadecuados, Olaya (17) encontró 45% de gestantes adolescentes con prematuridad con CPN inadecuados. En nuestro estudio, tanto casos como controles tuvieron cerca del 30% de CPN inadecuado.

El estudio de Mendoza y cols. (7), obtuvo que un número inadecuado de CPN se asociaba a prematuridad en adolescentes (OR 1,55 con IC: 1,29-1,87 y  $p: <0,0001$ ) , al igual que el estudio de Nader (14), en el que se encontró que los CPN inadecuados se asociaban a prematuridad , si bien es cierto nuestro estudio no obtuvo significancia  $p:0,5600$  y un OR:1,1858 con un IC de 0,6688-2,1024 debido a la semejanza en las proporciones de pacientes con CPN inadecuado y los que tienen CPN adecuados (ambos con cerca de 30%); además es alarmante ver como esta cifra es aún muy alta a lo que se desea un problema que también mencionan los estudios antes citados llegando incluso a la mitad de este grupo poblacional en el estudio de Paredes (15).

En frecuencia la infección vaginal destaca en muchos estudios como el de Ordoñez (1) con un 63 % de población, Paredes (15) con 42,5% de frecuencia

La literatura asocia la infección vaginal con prematuridad en gestantes adolescentes y estudios como el de Riva (5) (OR: 2,4 IC: 1,3-7,2) y de Pascual (p: 0,000) lo corroboran y Manrique y col (18) también corrobora este dato, nuestro estudio obtuvo asociación estadísticamente significativa. p: 0,0154 y OR: 1,9429 con IC: 1,1351-3,3254.

Con lo que refiere a infección del tracto urinario (ITU) el 20 % de las gestantes adolescentes tanto en casos como en controles tienen esta patología contrastando con lo hallado en el estudio de Ordoñez (1) en el cual 56% de las pacientes gestantes adolescentes con parto pretérmino tuvo Infección urinaria y en el estudio de Peña (2) 2 34,3% tuvo esta patología. En el análisis estadístico no se encontró asociación significativa OR :1,000 con IC: 0,5165-1,9362 y un valor p:1,000 concordando con en el estudio de Peña (2) que no encontró asociación de la ITU (p:0,443, RR:1,07) , además el estudio de Riva (5) tampoco encontró asociación estadística (OR: 1,6 con IC 95% 0,9-3,8) , Díaz (6) también no encontró que la infección urinaria fuese estadísticamente significativa (p 0,062).

En cuanto a la ruptura prematura de membranas se observa que un 46% de pacientes si tienen esta patología, contrastando con Díaz (6) que encontró que 8,7% estuvo asociado a parto prematuro , Oviedo y col (11) tienen un 18,7% y Bojanini (8) 20,7%.

Nuestro estudio considera la ruptura prematura de membrana como un factor de riesgo para el parto pretérmino debido a que el OR muestra un valor de 4.9286 y un intervalo de confianza (IC95%) de 2.5051 a 9.6965 con un valor – p de 0.0000, este coincide con el estudio de Manrique y col (18) que detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las ruptura prematura de membrana ( $P < 0,05$ ). Sin embargo el estudio de Díaz (6) no encontró asociación significativa ( $p = 1,78$ ).al igual que el estudio de Mendoza y col (7)  $p: 0,7688$  sin embargo ambos estudios son en comparación a un grupo control de gestantes adultas con parto pretérmino. En el grupo estudiado siendo las adolescentes y en su mayoría primigestas que no conocen los pródromos ni la dinámica del trabajo de parto es común que este grupo se asocie a la RPM.

Con respecto a la preeclampsia fue en similar proporción obteniéndose 9,0% tanto en el grupo de casos como de controles similares a la frecuencia encontrada en el estudio de Oviedo y col (11) que encontraron

una frecuencia de 10,3% y mucho menor a lo encontrado por Paredes (15) que obtuvo 2,08%

Los estudios con respecto a la preeclampsia como factor de riesgo para prematuridad, como el de Mendoza y col (7) que encontró asociación significativa ( $p$  0,0073) para esta patología, al igual que el estudio de Manrique y col (18) se encontró asociación estadística, sin embargo nuestro estudio la consideró sin asociación significativa estadística debido a que posee un  $p$ : 1,0000 y un OR:1,0000 con IC:0,3988-2,5075, al igual que el estudio de Peña (2) con RR :0,79 (IC 95% 0,34 - 1,84) y valor  $p$ : 0,750.

Es quizás más común este factor en mujeres adultas que en adolescentes motivo por el cual no se asoció a significancia estadística.

En lo referido a la variable diabetes gestacional el 4,6% obtenido en el grupo de las pacientes casos contrasta con el 1,8% pero coincide con el estudio de Ordoñez (1) cuya frecuencia es 5%.

No esta descrito en estudios la asociación estadística de esta patología sobre el embarazo pretérmino sin embargo no se demostró que fuese un factor de riesgo ( $p$ : 0,2490 y un OR: 2,5714 con un IC: 0,4881-13,5467).

Con respecto a la anemia el grupo de casos obtuvo casi el doble de frecuencia (43,6%) con respecto al grupo control (23,6%) similar al estudio de Ordoñez (1) que obtuvo 40%

.La anemia se considera como un factor de riesgo cuando las pacientes presentan esta enfermedad debido a que el OR muestra un valor de 2.5012 y un intervalo de confianza (IC95%) de 1.4016 a 4.4637 con un valor – p de 0.0020, coincidiendo con el estudio de Pascual y cols (12) que la considera estadísticamente significativa al igual que Manrique y cols. (18).

El estudio de Peña (2) considera frecuente esta patología sin embargo no la considera estadísticamente significativa (p: 0,281, RR: 0,89 IC 95% 0,72-1.1)

## **CONCLUSIONES**

1. Los factores de riesgo del paciente asociados a prematuridad en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015 hallado en nuestro estudio fue la ocupación estudiante de la paciente
2. Los factores de riesgo de patologías obstétricas para prematuridad en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre del año 2015 fueron infección vaginal, ruptura prematura de membranas y anemia.

## **RECOMENDACIONES**

1. Coordinar con el Sector Educación para la realización de Controles Prenatales en la gestante adolescente así como visitas domiciliarias del establecimiento del primer nivel de atención que le corresponda.
2. Mejorar la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de anemia en la gestante adolescente reduciendo este factor de riesgo asociado a prematuridad encontrado en nuestro estudio.
3. Mejorar la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de la infección vaginal en la gestante adolescente reduciendo este factor de riesgo asociado a prematuridad encontrado en nuestro estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordoñez Ayora VA. Factores y marcadores de riesgo del parto pretérmino en las gestantes adolescentes y mayores de 35 años atendidas en el Hospital Teófilo Dávila en el año 2013 [Tesis en Internet]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2014 [Citada 05 Abr 2016]. 99 p. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/387>.
2. Peña-Oscurilla A, Peña-Ayudante WR. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Rev peru ginecol obstet. 2011; 57(1):43-8.
3. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Méd Chil 2014; 142:168-174.
4. La Rosa AF. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz. Med. 2015; 15(1): 14-20.
5. Riva Reátegui, NS. Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo No. 2 Yarinacocha-Pucallpa [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional

Mayor de San Marcos; 2004 [Citada 04 Abr 2016]. 36 p. Disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1839>.

6. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(6):481-487.
7. Mendoza Tascón LA, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB, Mendoza Tascón LI, Manzano Penagos S, Varela Bahea AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2015; 80(4): 306-315. Bojanini Bentacur JF, Gómez Dávila JG. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2004; 55(2): 114-121
8. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2004;55(2):114-121
9. Germain A, Oyarsun E. Parto prematuro [Internet]. Lima: Escuela de Medicina, Universidad de Lima; 2002 [Citado 06 Abr 2016]. Disponible en:  
[http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamento/obstetricia/altoriesgo/parto\\_prematuro.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamento/obstetricia/altoriesgo/parto_prematuro.html).

10. Sáenz Cantero V. Embarazo y adolescencia. Resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 Ago [Citado 07 Abr 2016]; 31(2):2-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2005000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200001&lng=es).
11. Oviedo H, Lira J, Ito A, Grosso JM. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecol Obstet Mex 2007;75: 17-23.
12. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet 2006; 52:118-23.
13. Pascual López V, Toirac Lamarque AS. Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente. Medisan 2011; 15(12): 1720-1728.
14. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influencia de factores sociodemográficos y reproductivos, Espírito Santo, 2007. Esc Anna Nery Rev Enfer 2010; 14(2): 338-45.
15. Paredes Nájera ME. Determinantes de Riesgo Obstétrico y Perinatal que Aumentan la Incidencia de Parto Pretérmino: una Visión Epidemiológica en el Embarazo de Mujeres Adolescentes Atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el Año 2008 [Tesis en Internet]. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de

- Chimborazo; 2009 [Citada 02 Abr 2016]. 71 p. Disponible en:  
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/176>
16. López Quevedo E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero-diciembre 2008 [Tesis en Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2010 [Citada 01 Abr 2016]. 73 p. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3527/1/MED23.pdf>
17. Olaya Guzmán RA. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013 [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013 [Citada 03 Abr 2016]. 54 p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1863>.
18. Manrique R, Rivero A, Ortuño M, Rivas M, Cardozo R. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3): 144-149.

## **ANEXOS**

**ANEXO 01**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° .....**

1. Edad gestacional:
  - a) Pretérmino : 22- 36 semanas
  - b) A termino : mayor de 37 hasta 41 semanas
  
2. Paridad :
  - a) Primípara
  - b) Multípara
  
3. Edad :
  - c) Adolescencia temprana: 10-13
  - d) Adolescencia media: 14-16
  - e) Adolescencia tardía: 17-19
  
4. Grado de instrucción :
  - a) Analfabeta
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Superior
  
5. Ocupación
  - a) Estudiante
  - b) Ama de casa
  - c) Trabajadora

6. Procedencia

- a) Urbano
- b) Rural

7. Estado civil :

- a) soltera
- b) casada
- c) conviviente

8. Control prenatal:

- a) Adecuado ( más de 5 CPN)
- b) Inadecuado (menor o igual a 5 CPN)

9. Infección vaginal :

- a) Si
- b) No

10. Infección urinaria :

- a) Si
- b) No

11. Ruptura prematura de membrana :

- a) Si
- b) No

12. Preeclampsia :

- a) Si
- b) No

13. Diabetes gestacional :

a) Si

b) No

14. Anemia :

a) si

b) no