

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



***“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN
GESTANTES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA.
ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”***

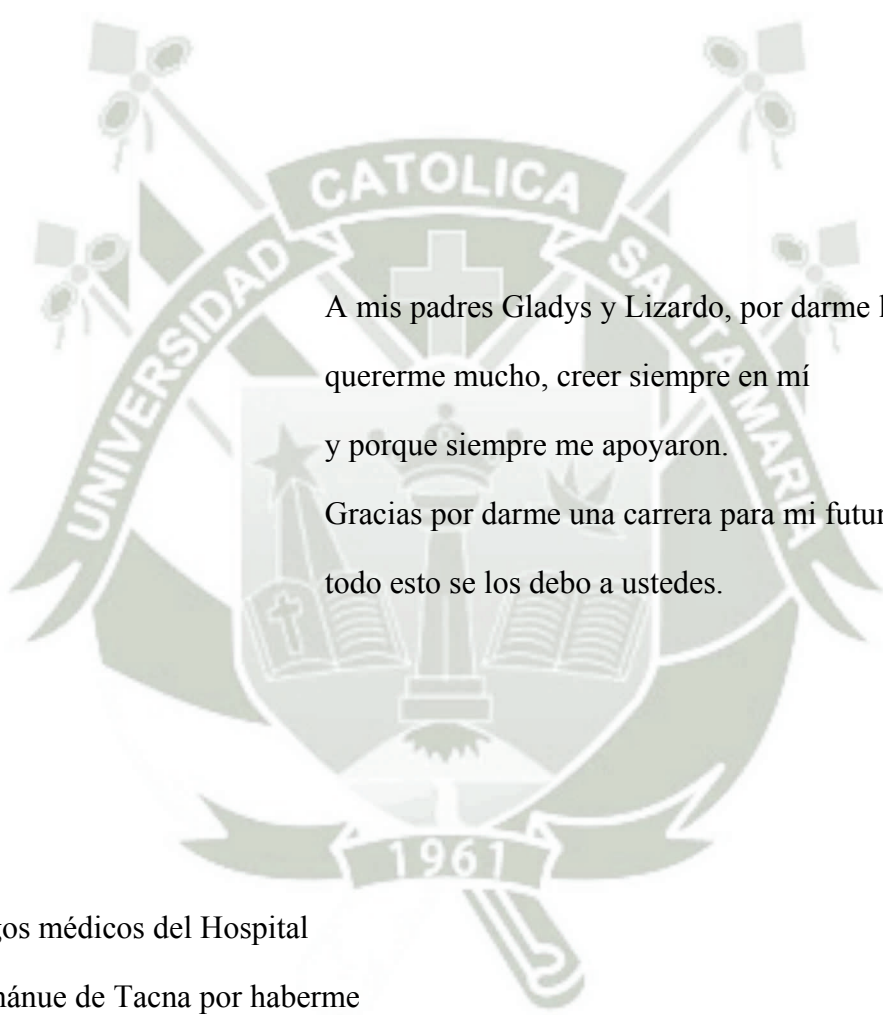
Presentado por el Bachiller:

DAYAND FABRICIO RAMOS CALA
Para optar el Título Profesional de
Médico – Cirujano.

AREQUIPA – PERÚ

2013

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy,
por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente
y por haber puesto en mi camino a aquellas
personas que han sido mi soporte y compañía
durante todo el periodo de estudio.



A mis padres Gladys y Lizardo, por darme la vida,
quererme mucho, creer siempre en mí
y porque siempre me apoyaron.
Gracias por darme una carrera para mi futuro,
todo esto se los debo a ustedes.

A mis amigos médicos del Hospital
Hipólito Unánue de Tacna por haberme
Brindado su apoyo y por haber
Contribuido en mi formación
Académico profesional

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS	9
CAPÍTULO II: RESULTADOS:	13
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	57
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	68
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	77
Anexo 1: ficha de recolección de datos	78
Anexo 2: proyecto de investigación.	80

RESUMEN

Introducción: El parto pre término se designa como aquel que ocurre antes de la semana 37 de edad gestacional, la incidencia es mayor en las adolescentes que en la población en general, guarda una correlación inversa con la edad de la madre. Se designa embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida según la OMS entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo no planeado en adolescentes puede provocar serios trastornos biológicos, censura social sobre la adolescente y su familia, se desencadenan matrimonios apresurados.

Objetivos: Conocer los factores relacionados a parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna entre los períodos de Enero 2011 – Diciembre 2012.

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas perinatales de gestantes adolescentes aplicando criterios de selección obteniéndose 718 gestantes entre los periodos de estudio, los resultados se muestran mediante prueba estadística chi cuadrado y t Student.

Resultados: Hubieron 718 gestantes adolescentes, de las cuales 64(8.9%) tuvieron parto prematuro y 654(91.1%) fue parto a término, 511(71.2%) tuvieron índice de masa corporal entre 1 a -2 desviaciones estandar, el promedio de la talla fue de 153.84 cm., 439(61.1%) adolescentes tuvieron entre los 18 y 19 años de edad y 17(2.3%) estuvieron entre los 13 y 14 años, el 76.6%(550) de las gestantes son conviviente, 641(89.3%) gestantes tienen nivel secundario. Se observó que 336(46.8%) gestantes adolescentes tuvieron menos de 5 controles prenatales, 695(96.8%) de los productos nacieron en presentación cefálica, 475(66.2%) fueron parto vaginal en tanto que 243(33.8%) tuvieron su producto por cesárea, el promedio del peso de recién nacidos fue 3343.37 gr.

Conclusiones: Los factores que tienen relación con el parto prematuro en gestantes adolescentes fueron; presentación del feto, tipo de parto, número de controles prenatales y el peso del recién nacido.

PALABRAS CLAVES: Parto prematuro, gestante adolescente, infección del tracto urinario, anemia.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Pre term labor is designated as one that occurs before week 37 of gestational age, the incidence is higher in girls than in the population in general, save an inverse correlation with the age of the mother. Teen pregnancy which occurs during adolescence of the mother, defined according to who between 10 and 19 years of age is designated. Unplanned teen pregnancy can cause serious biological disorders, social censorship about the teenager and his family, hasty marriages are triggered.

OBJECTIVES: The factors associated with preterm birth in pregnant teenage women in the Hipolito Unanue Hospital of Tacna between periods of January 2011 - December 2012.

MATERIAL AND METHODS: we reviewed retrospectively perinatal clinical histories of adolescent pregnant applying selection criteria obtained 718 pregnant women between periods of study, results are shown by test statistical chi square and t Student

RESULTS: There were 718 adolescent pregnant women, of which 64(8.9%) had premature labor and 654(91.1%) was delivery term, 511(71.2%) had index of body mass between 1-2 standard deviations, the size averaged 153.84 cm., 439(61.1%) teens were between 18 and 19 years of age and 17(2.3%) were between 13 and 14 years, the 76.6% (550) of pregnant partner, are pregnant 641(89.3%) are secondary. It was noted that adolescent pregnant 336(46.8%) had less than 5 prenatal, 695(96.8%)de products were born in cephalic presentation, 475(66.2%) were delivery vaginal while 243(33.8%) had your product by caesarean section, the average newborn weight was 3343.37 gr.

CONCLUSIONS: The factors that are related to preterm delivery in pregnant adolescents were; presentation of the fetus, type of birth, number of prenatal and the weight of the newborn.

KEY WORDS: Preterm birth, pregnant teenager, infection of the urinary tract, anemia.

INTRODUCCIÓN

El parto pre término se designa como aquel que ocurre antes de la semana 37 de edad gestacional, la incidencia de parto pre término es mayor en las adolescentes comparadas con la población general y guarda una correlación inversa con la edad de la madre. La inmadurez uterina y del cuello de útero predispondría a las adolescentes a infecciones subclínicas como vaginosis bacterianas o infecciones urinarias, con el consiguiente aumento de la secreción de prostaglandinas que estaría implicado en el incremento de parto pre término en esta población⁷.

Muchos estudios han demostrado un mayor bajo peso al nacer (peso al nacer menor de 2,500 gramos) entre los hijos de madres adolescentes comparados con mujeres mayores. En estudios clínicos realizados en países en desarrollo, la incidencia de bajo peso al nacer y/o muy bajo peso al nacer (definido como peso menor a 1,500 gramos) en hijos de madres adolescentes está incrementada en relación a la incidencia en hijos de mujeres mayores, en particular cuando se asocian a baja edad gestacional⁷.

El embarazo en la adolescencia deriva de la conducta sexual de los jóvenes como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, el uso inadecuado de los anticonceptivos lo cual aumenta de manera considerable el embarazo en adolescentes en la última década.

Se designa embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida como adolescencia según la OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se le reconoce como embarazo precoz. Un informe realizado por la Organización Iberoamericana de la Juventud señaló que un 7.3% de los embarazos en América Latina se produce en adolescentes entre los 15 y 19 años. Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes de estas edades⁷.

El embarazo no planeado en adolescentes puede provocar serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años como repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, el cual generalmente es mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes,

se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales¹⁷.

El Hospital Hipólito Unánue de Tacna se ha visto un incremento de gestantes adolescentes por lo que consideramos importante la realización del presente estudio que permitirá conocer los factores de riesgo para parto prematuro lo que permitirá diseñar estrategias para disminuir dichos caso.





1 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS:

En la presente investigación se aplicó la técnica de revisión documental, basada en el estudio de las historias clínicas perinatales seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión, de las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

1.2 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se utilizaron fueron ficha de recolección de datos considerados según los objetivos del estudio.

1.3 MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

- Historia clínica perinatal
- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio

2 CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL:

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL:

La investigación se realizó entre los periodos comprendidos entre Enero del 2011 – Diciembre del 2012

3 UNIDADES DE ESTUDIO:

- 3.1 UNIVERSO:** Todas las gestantes adolescentes cuyo parto fue atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el periodo de estudio 2011 – 2012, que reúnan los criterios de selección.

4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Gestantes adolescentes entre las edades de 10 a 19 años cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los periodos Enero 2011 – Diciembre 2012.

4.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Gestantes con edad gestacional menor o igual a 22 semanas
Historias clínicas perinatales incompletas o ilegibles.
Historias clínicas perinatales ausentes en el archivo.

5 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1 ORGANIZACIÓN

Coordinación con la Dirección del Hospital Hipólito Unánue con el objetivo de tener acceso a las historias clínicas perinatales de las gestantes adolescentes para luego proceder a recolectar la información necesaria.

Se realizó una revisión de manera retrospectiva, únicamente, las historias clínicas perinatales de las gestantes adolescentes que se encuentran dentro de la población de estudio.

Se investigó las características que presentaron las pacientes como semanas de gestación, controles prenatales, edad de la gestante, presentación del recién nacido, peso del recién nacido, grado de instrucción de la madre, índice de masa corporal, infección del tracto urinario y anemia.

5.2 CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

5.2.1 PLAN DE PROCESAMIENTO:

Los datos que se han registrado de los aspectos epidemiológicos, clínicos y tratamientos en las pacientes gestantes adolescentes que presentaron parto prematuro fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

5.2.2 PLAN DE ANALISIS:

El análisis de la información recolectada fue analizado usando el paquete estadístico EPI-INFO VERSIÓN 6.0. Se utilizó la estadística descriptiva con frecuencias relativas, porcentajes y se presentara en tablas para su análisis y posterior discusión.

Asimismo, para encontrar la relación entre las variables y los factores, se realizó comparación de variables categóricas usando el estadístico mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson y T de Student, ambos a un 95% de confianza.



**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES ADOLESCENTES EN EL PERIODO DE
ESTUDIO**

Año	N°	%
2011	311	43.3
2012	407	56.7
Total	718	100.0

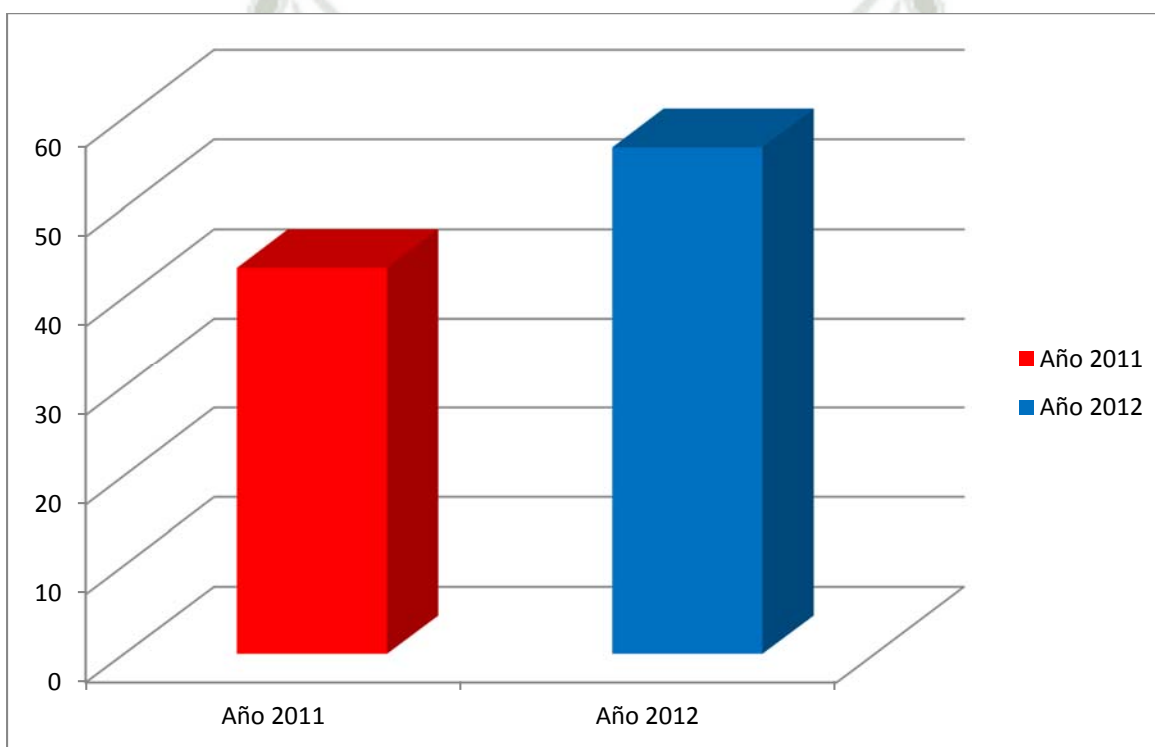
FUENTE: Matriz de datos

Entre los periodos 2011 – 2012 hubo 718 partos de gestantes adolescentes de las cuales 407(56.7%) fueron en el 2012 observándose un incremento en relación al año anterior.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES ADOLESCENTES EN EL PERIODO DE
ESTUDIO**



Año 2011	43.3 %
Año 2012	56.7 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 2

PARTOS EN GESTANTES ADOLESCENTES

Tipo de Parto	N°	%
Prematuro	64	8.9
Término	654	91.1
Total	718	100.0

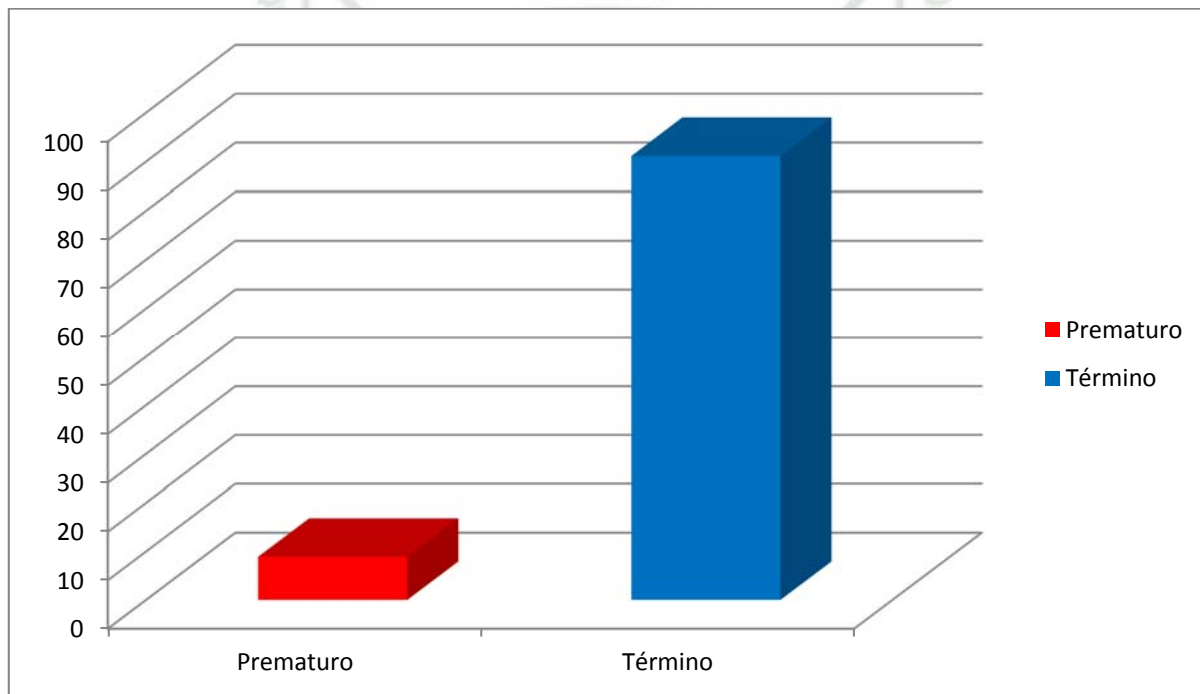
FUENTE: Matriz de datos

Las gestantes adolescentes que tuvieron parto prematuro fueron 64 que representa un 8.9% y las que tuvieron parto a término fueron 654 gestantes con un 91.1%.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 2

PARTOS EN GESTANTES ADOLESCENTES



Prematuro	8.9 %
Término	91.1 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 3

IMC PERINATAL Y TALLA DE GESTANTES ADOLESCENTES

IMC Perinatal	N°	%
Delgadez Severa	0	0.0
Delgadez	0	0.0
Normal	511	71.2
Sobrepeso	174	24.2
Obesidad	33	4.6
Total	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

Talla de Gestantes Adolescentes

• Media Aritmética	153.84
• Desviación Estándar	5.13
• Valor Mínimo	134
• Valor Máximo	173

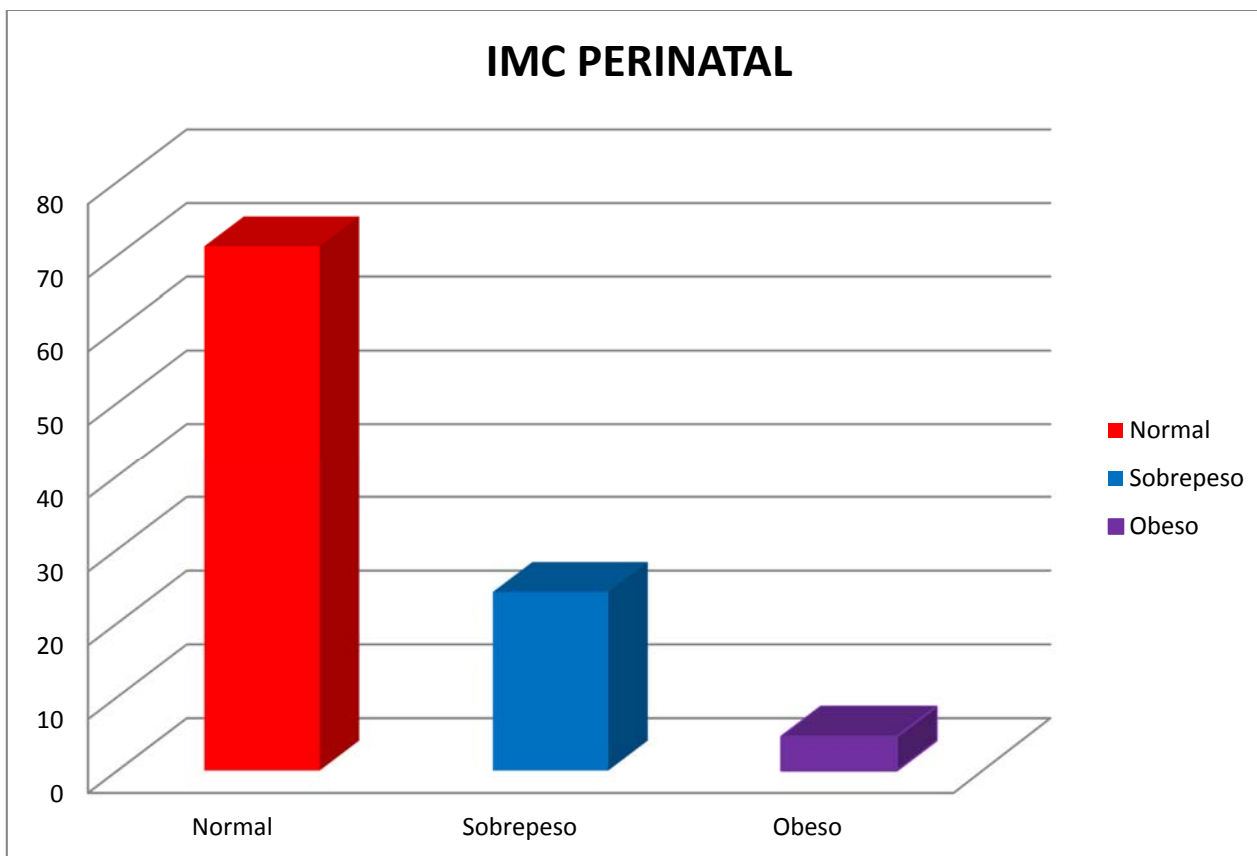
Se observó que un 71.2%(511) de gestantes adolescentes tuvieron un índice de masa corporal adecuado para su edad.

El promedio de talla de las madres adolescentes fue de 153.84 cm. Teniendo como valor mínimo de 134 cm. Y valor máximo 173 cm.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 3

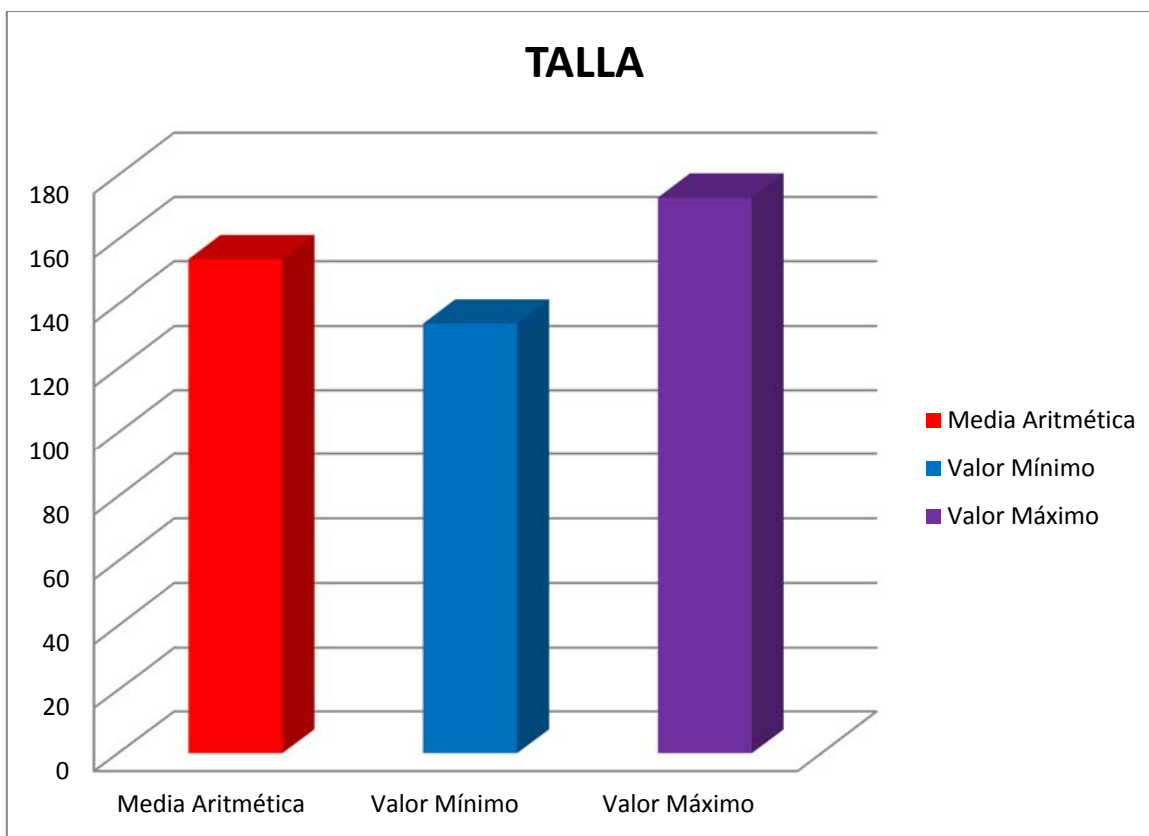
IMC PERINATAL Y TALLA DE GESTANTES ADOLESCENTES



Normal	71.2 %
Sobrepeso	24.2 %
Obeso	4.6 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

IMC PERINATAL Y TALLA DE GESTANTES ADOLESCENTES



Media Aritmética	153.84
Valor Mínimo	134
Valor Máximo	173

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 4

**EDAD, ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE GESTANTES
ADOLESCENTES**

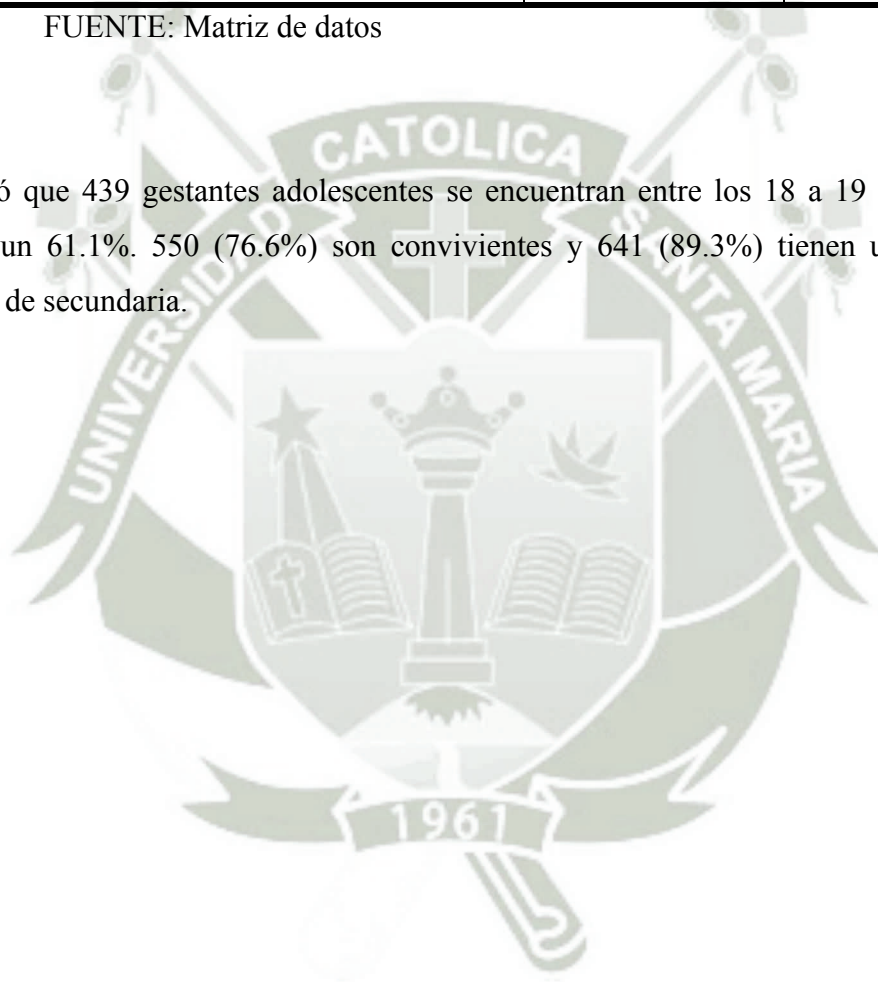
Edad	N°	%
13 años	3	0.4
14 años	14	1.9
15 años	47	6.5
16 años	85	11.8
17 años	130	18.1
18 años	207	28.8
19 años	232	32.3
TOTAL	718	100

Estado Civil	N°	%
Soltera	154	21.4
Conviviente	550	76.6
Casada	14	1.9
TOTAL	718	100

Grado de Instrucción	N°	%
Primaria	23	3.2
Secundaria	641	89.3
Superior	54	7.5
Total	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

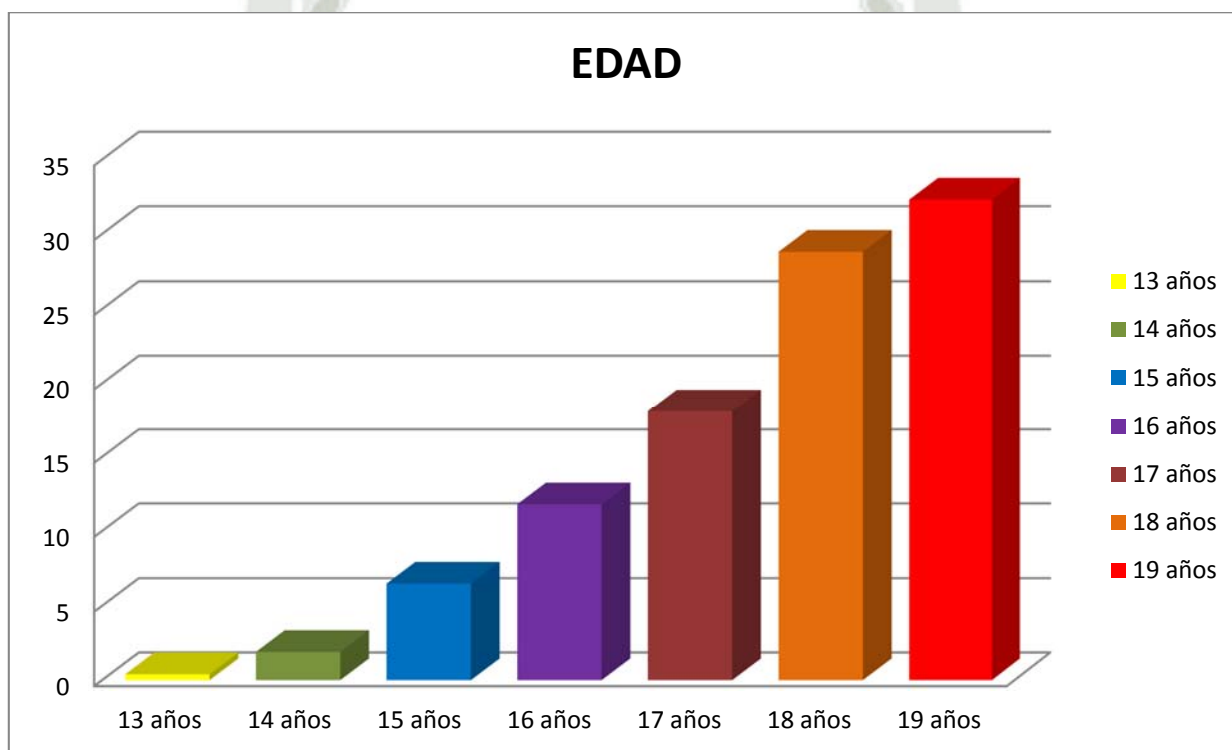
Se encontró que 439 gestantes adolescentes se encuentran entre los 18 a 19 años lo que representa un 61.1%. 550 (76.6%) son convivientes y 641 (89.3%) tienen un grado de instrucción de secundaria.



**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 4

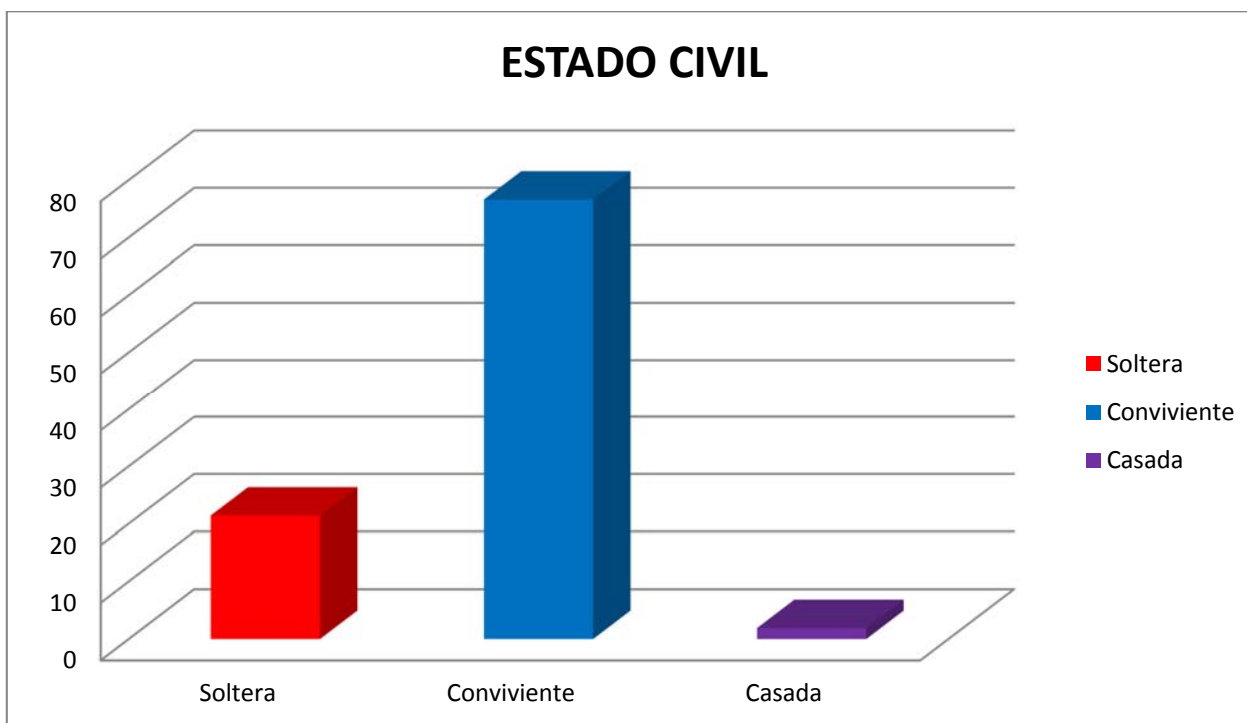
**EDAD, ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE GESTANTES
ADOLESCENTES**



13 años	0.4 %
14 años	1.9 %
15 años	6.5 %
16 años	11.8 %
17 años	18.1 %
18 años	28.8 %
19 años	32.3 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

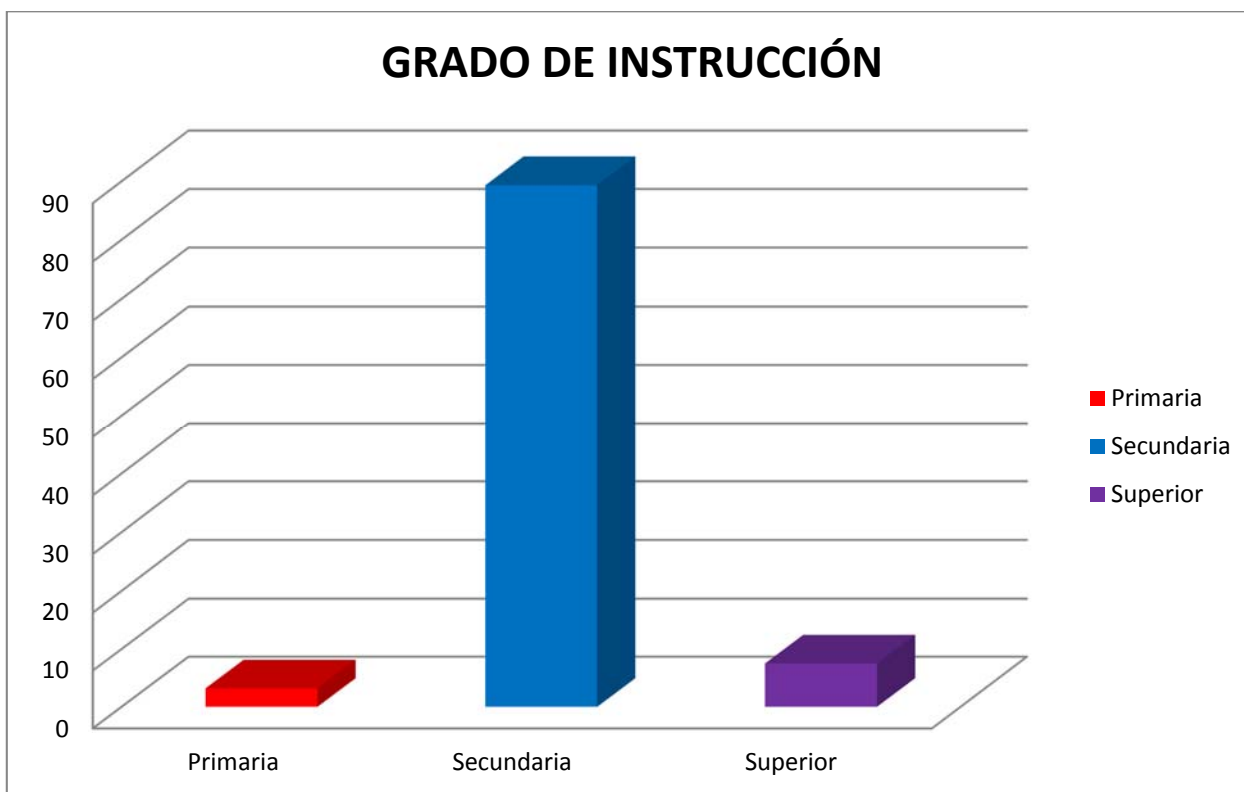
**EDAD, ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE GESTANTES
ADOLESCENTES**



Soltera	21.4 %
Conviviente	76.6 %
Casada	1.9 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

**EDAD, ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE GESTANTES
ADOLESCENTES**



Primaria	3.2 %
Secundaria	89.3 %
Superior	7.5 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 5

CONTROLES PRENATALES DE GESTANTES ADOLESCENTES

Controles Prenatales	N°	%
Menos de 5	336	46.8
De 5 a más	382	53.2
Total	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

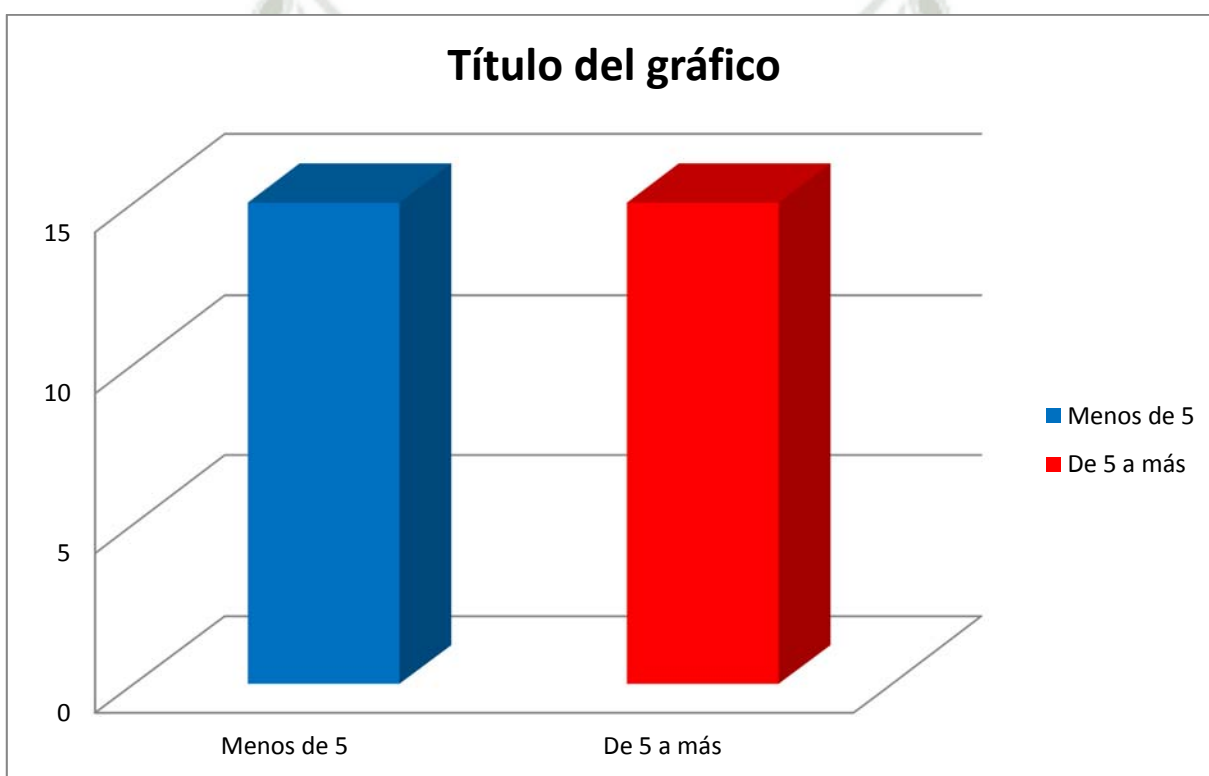
Valor Mínimo	0
Valor Máximo	12

De las gestantes adolescentes el 46.8% (336) tuvieron menos de 5 controles prenatales y el 53.2% (382) tuvieron más de 5 controles

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 5

CONTROLES PRENATALES DE GESTANTES ADOLESCENTES



Menos de 5	46.8 %
De 5 a más	53.2 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 6

**PRESENTACIÓN DEL FETO, FORMA DE PARTO Y PESO DEL RECIEN
NACIDO DE GESTANTES ADOLESCENTES**

Presentación del Feto	N°	%
Cefálica	695	96.8
Podálica	23	3.2
TOTAL	718	100
Forma de Parto	N°	%
Vaginal	475	66.2
Cesárea	243	33.8
Total	718	100.0
Peso del Recién Nacido	Valores	
Media Aritmética	3343.37	
Desviación Estándar	582.37	
Valor Mínimo	680.00	
Valor Máximo	5100.00	
Total	718	

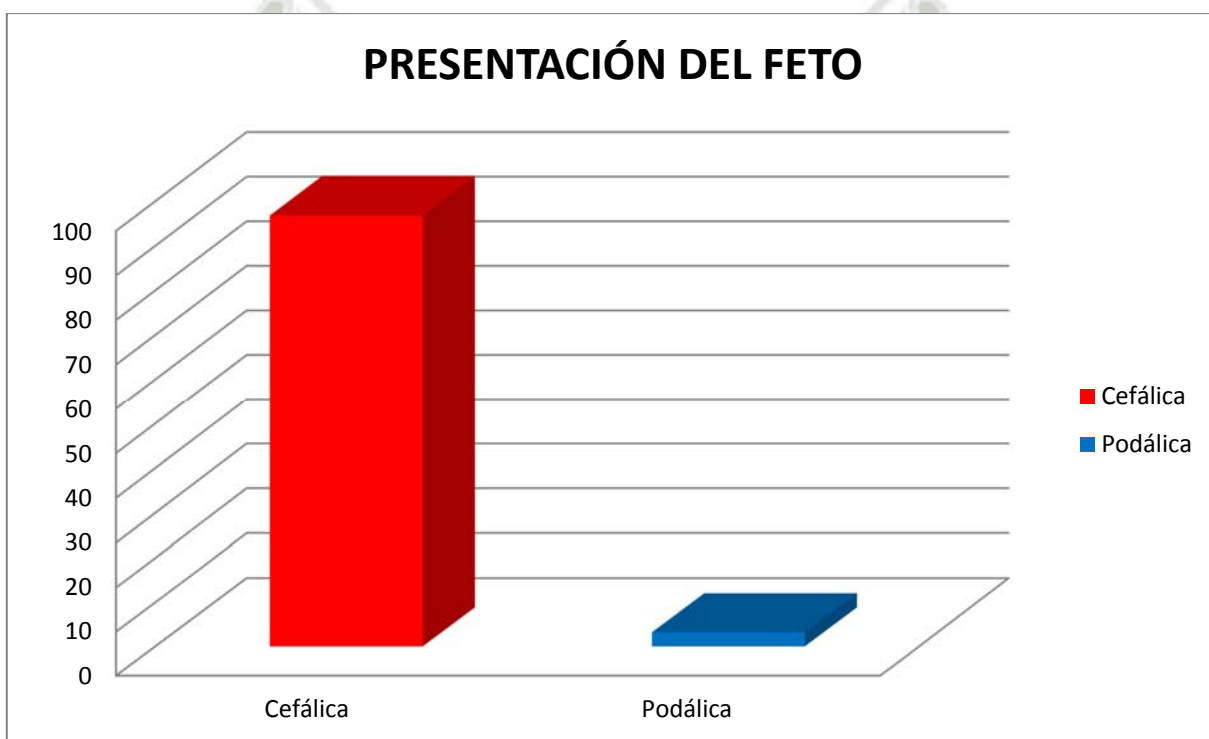
FUENTE: Matriz de datos

La presentación más frecuente fue cefálica con 695 (96.8%) de gestantes adolescentes, 475 (66.2%) tuvieron parto vaginal y el promedio del peso de los productos fue 3343.37 gr.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 6

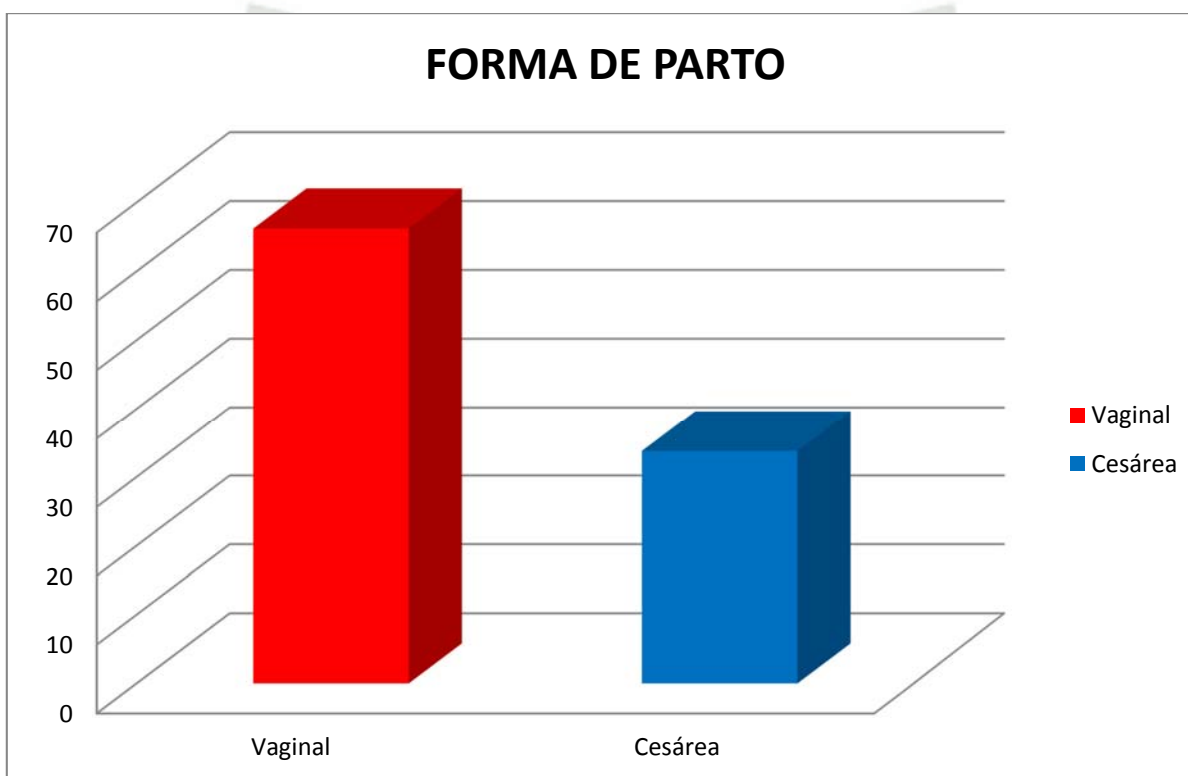
**PRESENTACIÓN DEL FETO, FORMA DE PARTO Y PESO DEL RECIEN
NACIDO DE GESTANTES ADOLESCENTES**



Cefálica	96.8 %
Podálica	3.2 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

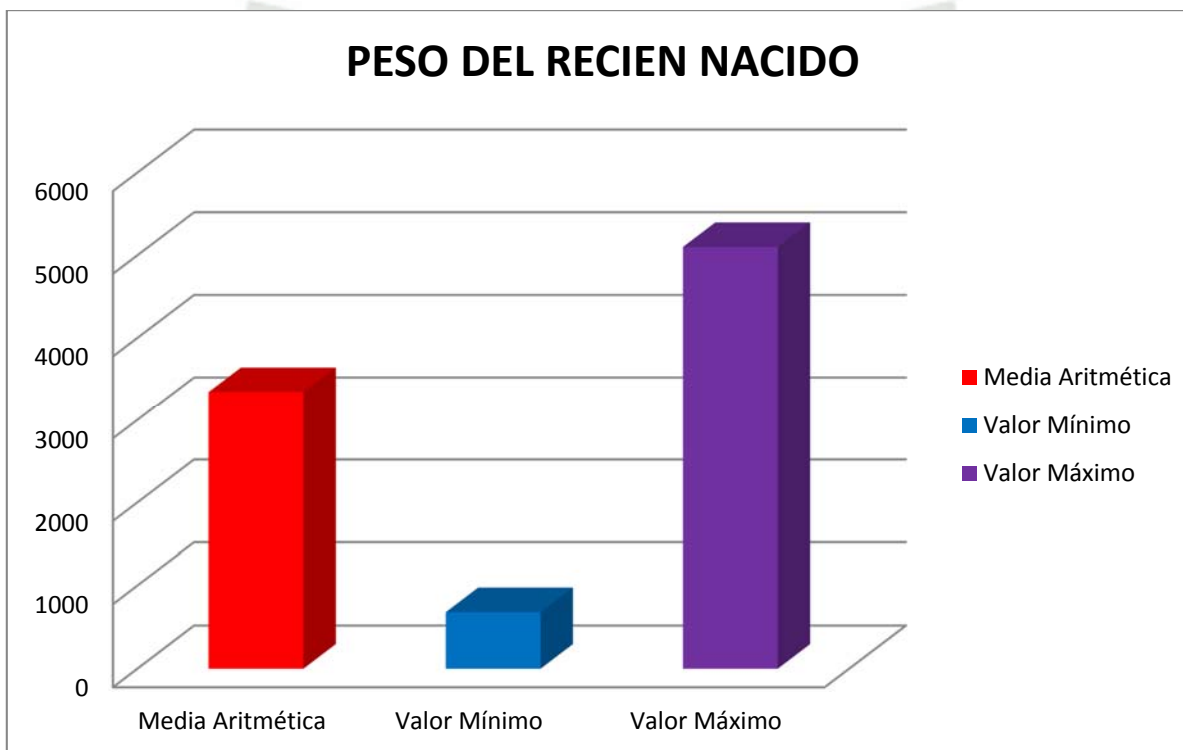
**PRESENTACIÓN DEL FETO, FORMA DE PARTO Y PESO DEL RECIEN
NACIDO DE GESTANTES ADOLESCENTES**



Vaginal	66.2 %
Cesárea	33.8 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

**PRESENTACIÓN DEL FETO, FORMA DE PARTO Y PESO DEL RECIEN
NACIDO DE GESTANTES ADOLESCENTES**



Media Aritmética	3343.37
Valor Mínimo	680
Valor Máximo	5100

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 7

**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS GESTANTES
ADOLESCENTES**

ITU	N°	%
Presente	171	23.8
Ausente	547	76.2
Anemia	N°	%
Presente	251	35.0
Ausente	467	65.0
Total	718	100.0

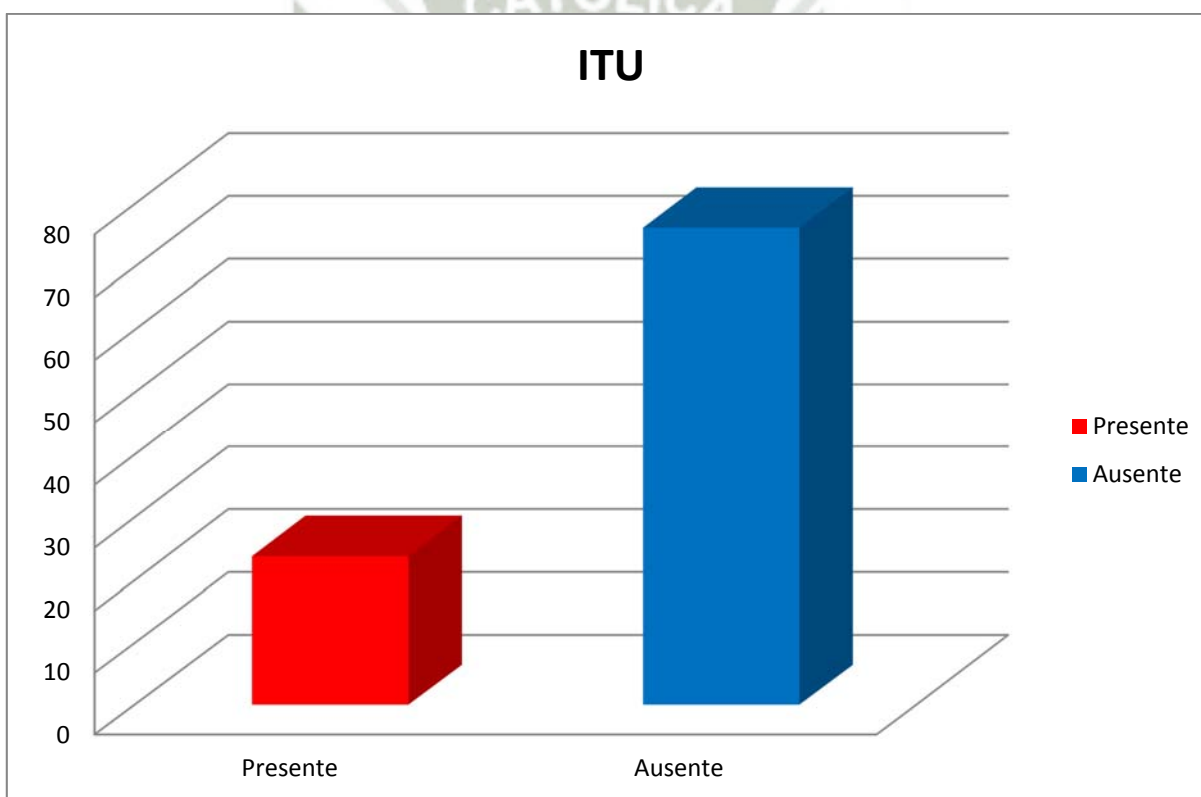
FUENTE: Matriz de datos

Un 23.8% (171) gestantes adolescentes presento ITU y un 76.2% (547) no presento. En tanto un 35% (251) presento anemia.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 7

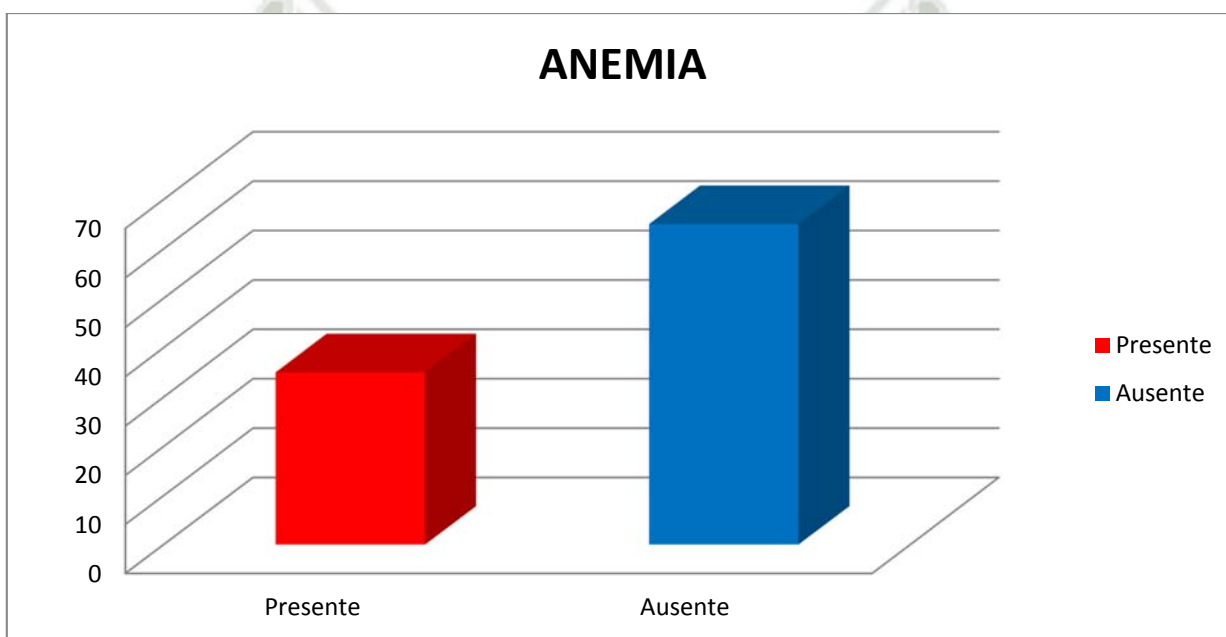
**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS GESTANTES
ADOLESCENTES**



Presente	23.8 %
Ausente	76.2 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS GESTANTES
ADOLESCENTES**



Presente	35 %
Ausente	65 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 8

**PRESENTACIÓN DEL FETO Y TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES**

Presentación del Feto	Parto				Total	
	Prematuro		Término			
	N°	%	N°	%	N°	%
Cefálica	59	92.2	636	97.2	695	96.8
Podálica	5	7.8	18	2.8	23	3.2
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

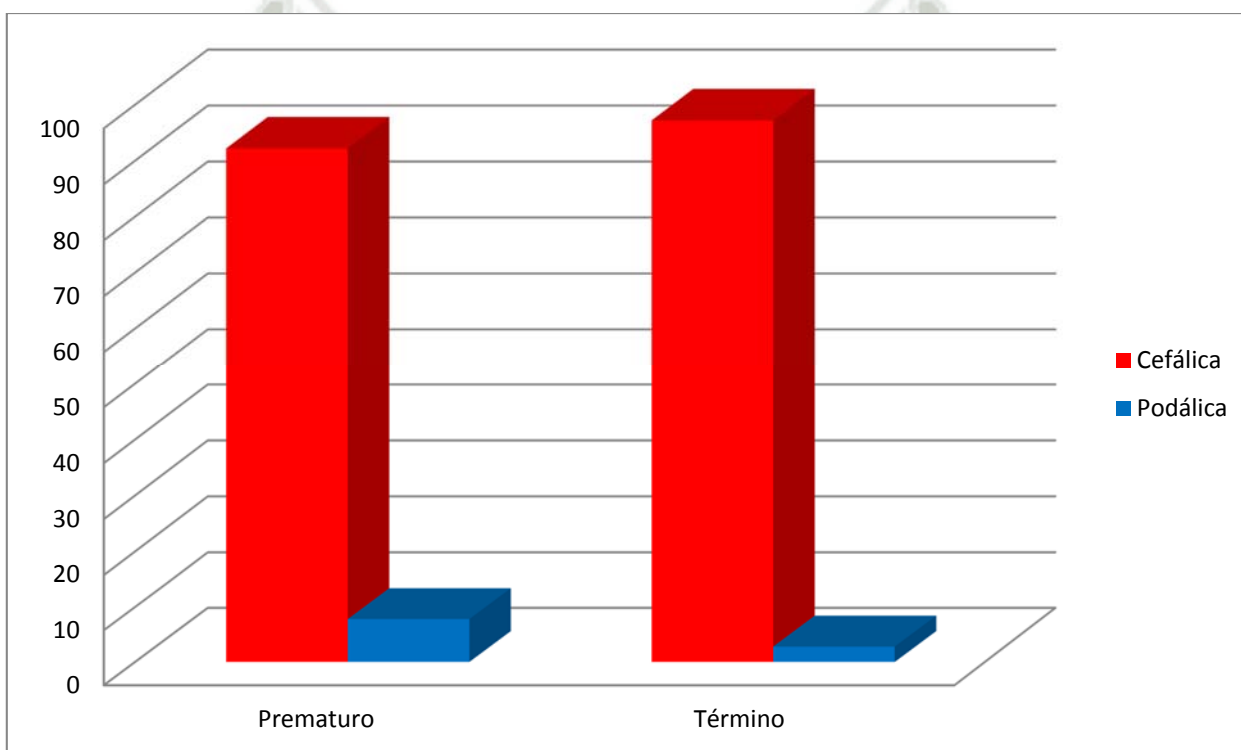
P = 0.028 (P < 0.05) S.S.

Del total de gestantes adolescentes atendidas 59 (92.2%) tuvieron parto prematuro con presentación cefálica en tanto 5 (7.8%) fueron con presentación cefálica.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 8

**PRESENTACIÓN DEL FETO Y TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES**



	Prematuro	Término
Cefálica	92.2 %	97.2 %
Podálica	7.8 %	2.8 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 9

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES

Grado de Instrucción de la Madre	Parto				Total	
	Prematuro		Término		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primaria	3	4.7	20	3.1	23	3.2
Secundaria	57	89.1	584	89.3	641	89.3
Superior	4	6.3	50	7.6	54	7.5
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

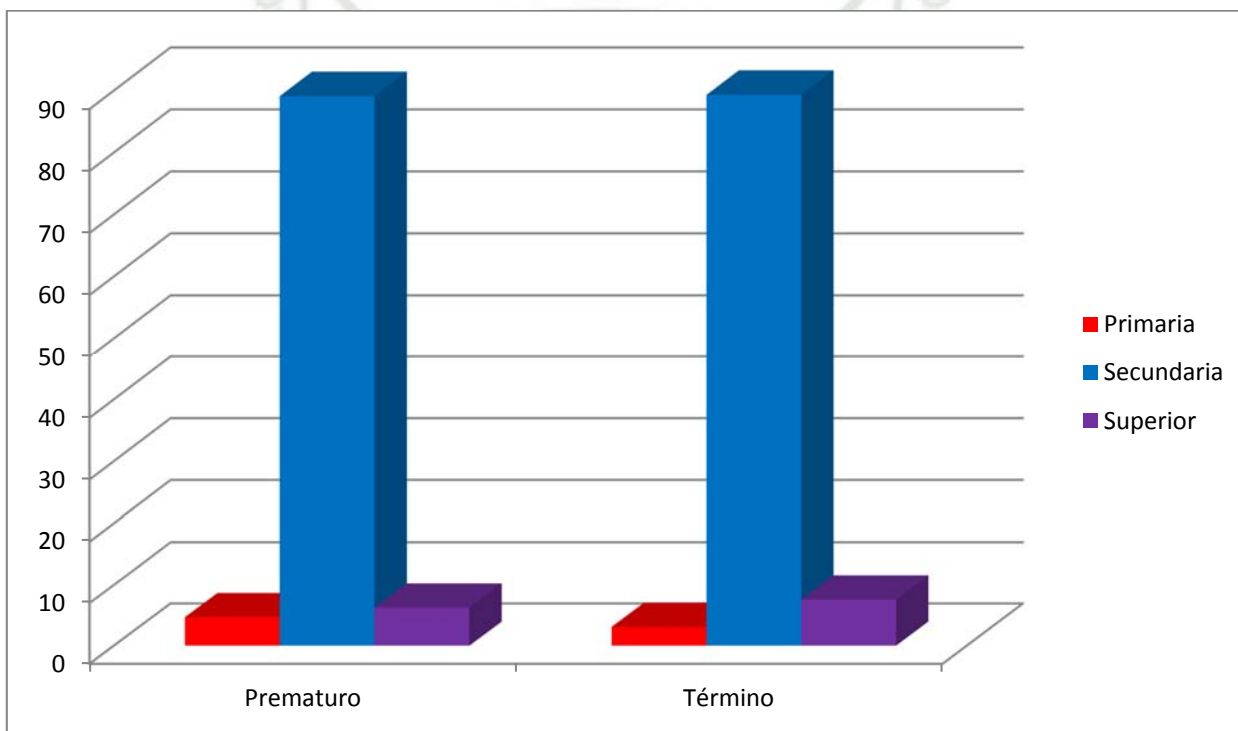
$P = 0.728$ ($P \geq 0.05$) N.S.

De las madres adolescentes que tuvo parto prematuro el 89.1% (57) tienen un grado de instrucción de secundaria en tanto el 89.3% (584) que fue su parto a término estaban en secundaria.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 9

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES



	Prematuro	Término
Primaria	4.7 %	3.1 %
Secundaria	89.1 %	89.3 %
Superior	6.3 %	7.6 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 10

TIPO DE PARTO Y PARTO DE GESTANTES ADOLESCENTES

Tipo de Parto	Parto				Total	
	Prematuro		Término		N°	%
	N°	%	N°	%		
Vaginal	34	53.1	441	67.4	475	66.2
Cesárea	30	46.9	213	32.6	243	33.8
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

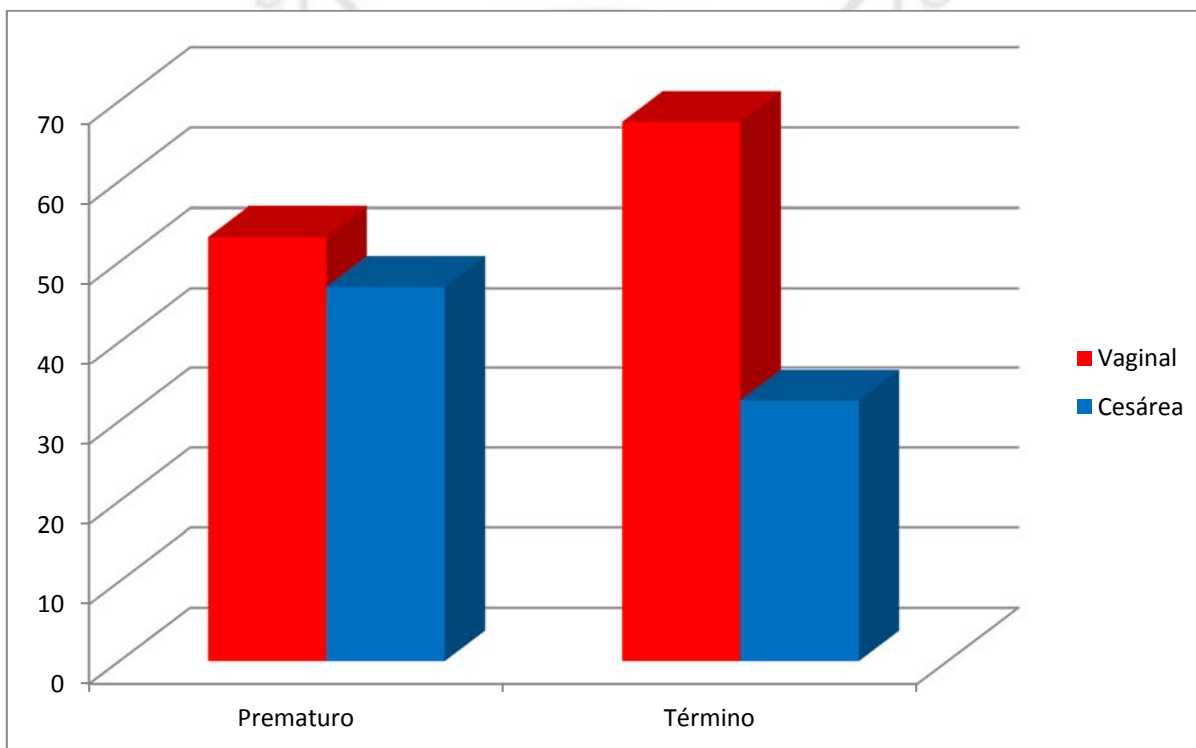
P = 0.021 (P < 0.05) S.S.

El 53.1% (34) de las gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro fue por vía vaginal en tanto el 46.9% (30) fue por cesárea.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 10

FORMA DE PARTO Y PARTO DE GESTANTES ADOLESCENTES



	Prematuro	Término
Vaginal	53.1 %	67.4 %
Cesárea	46.9 %	32.6 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 11

ITU Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES.

ITU	Parto				Total	
	Prematuro		Término		N°	%
	N°	%	N°	%		
Presente	15	23.4	156	23.9	171	23.8
Ausente	49	76.6	498	76.1	547	76.2
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

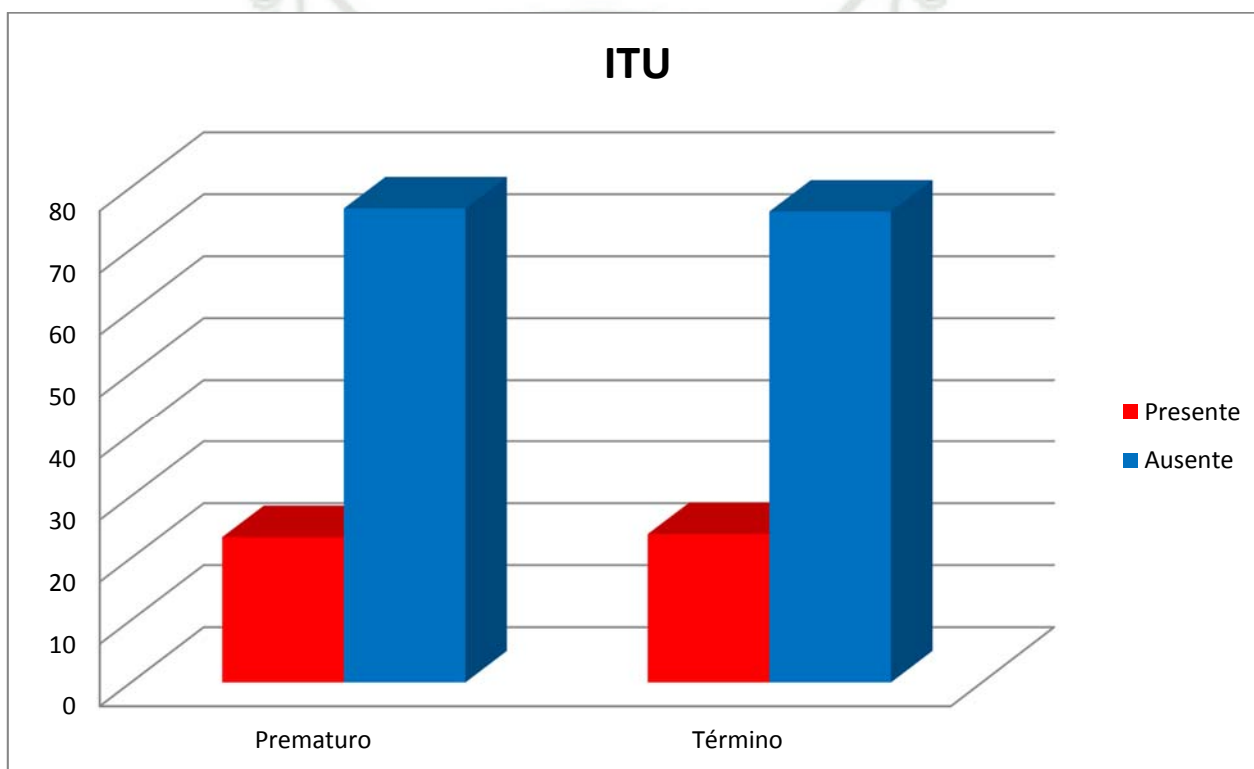
P = 0.941 (P ≥ 0.05) N.S.

El 23.4% (15) de las madres adolescentes que tuvieron parto prematuro presentaron Infección del tracto urinario y el 76.6% (49) no presentaron ITU

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 11

ITU Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES.



	Prematuro	Término
Presente	23.4 %	23.9 %
Ausente	76.6 %	76.1 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 12

ANEMIA Y PARTO EN GESTANTE ADOLESCENTE

Anemia	Parto				Total	
	Prematuro		Término		N°	%
	N°	%	N°	%		
Presente	22	34.4	229	35.0	251	35.0
Ausente	42	65.6	425	65.0	467	65.0
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

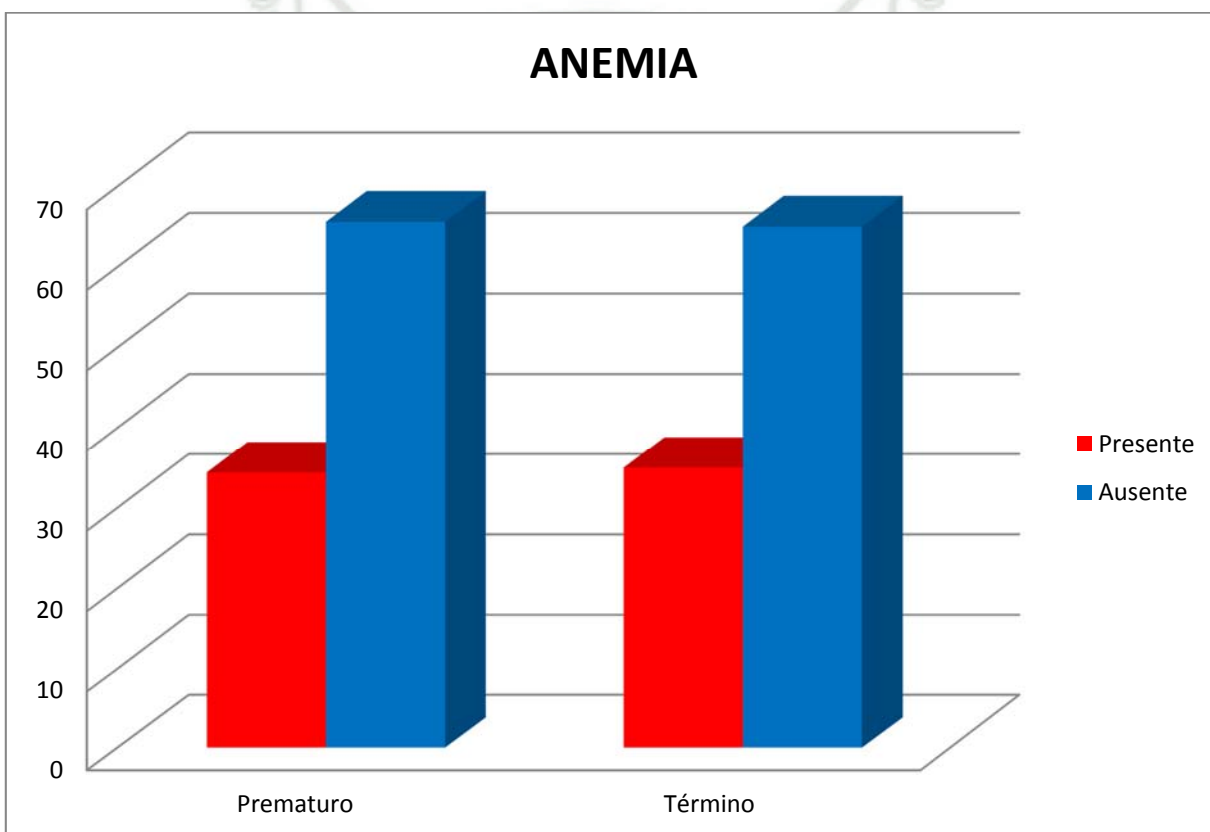
$P = 0.918$ ($P \geq 0.05$) N.S.

El 34.4% (22) de las madres adolescentes que tuvieron parto prematuro tuvieron anemia en tanto el 65.6% no presento anemia. 229 (35%) tuvieron parto a término y anemia.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 12

ANEMIA Y PARTO EN GESTANTE ADOLESCENTE



	Prematuro	Término
Presente	34.4 %	35 %
Ausente	65.6 %	65 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 13

INDICE DE MASA CORPORAL Y PARTO EN GESTANTE ADOLESCENTE

IMC	Parto				Total	
	Prematuro		Término		N°	%
	N°	%	N°	%		
Normal	47	73.4	464	70.9	511	71.2
Sobrepeso	11	17.2	163	24.9	174	24.2
Obesidad	6	9.4	27	4.1	33	4.6
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de Datos

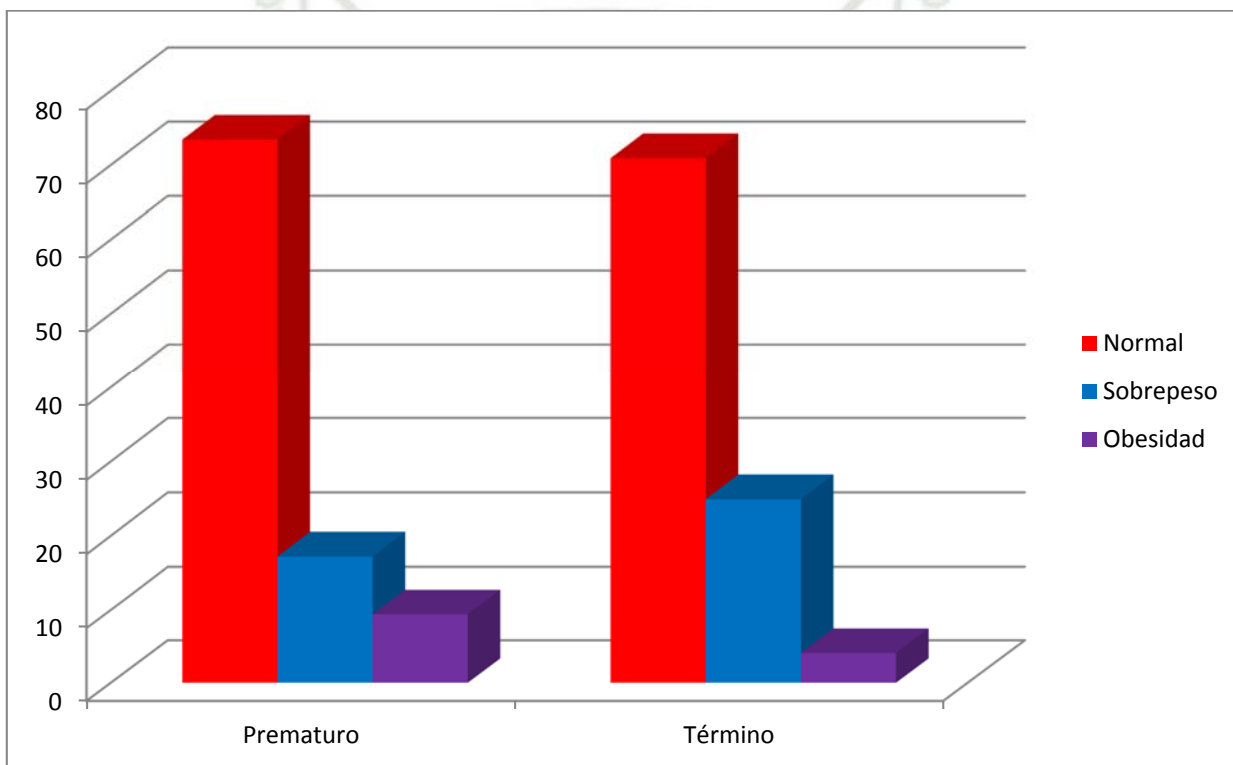
P = 0.083 (P ≥ 0.05) N.S.

El 73.4%(47) de las gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro tuvo un índice de masa corporal entre 1 a -2 desviaciones estandar en tanto 464 (70.9%) gestantes con parto a término se encuentran en el mismo rango de masa corporal.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 13

INDICE DE MASA CORPORAL Y PARTO EN GESTANTE ADOLESCENTE



	Prematuro	Término
Normal	73.4 %	70.9 %
Sobrepeso	17.2 %	24.9 %
Obesidad	9.4 %	4.1 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 14

ESTADO CIVIL Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES

Estado Civil de la Madre	Parto				Total	
	Prematuro		Término		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltera	11	17.2	143	21.9	154	21.4
Conviviente	51	79.7	499	76.3	550	76.6
Casada	2	3.1	12	1.8	14	1.9
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

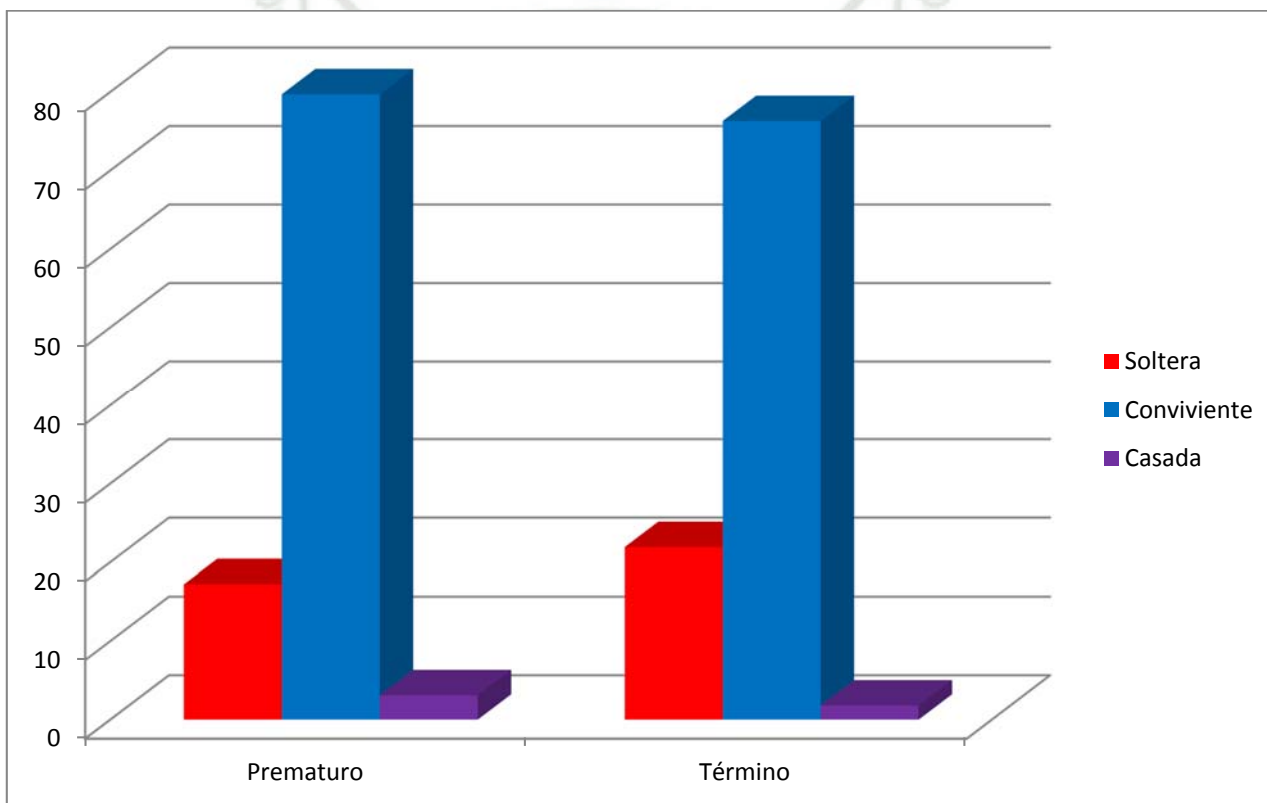
$P = 0.554$ ($P \geq 0.05$) N.S.

El 79.7% (51) de las madres adolescentes que tuvo parto prematuro son convivientes y el 76.3% (499) tuvieron parto a término son convivientes.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 14

ESTADO CIVIL Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES



	Prematuro	Término
Soltera	17.2 %	21.9 %
Conviviente	79.7 %	76.3 %
Casada	3.1 %	1.8 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 15

CONTROLES PRENATALES Y PARTO EN GESTANTE ADOLESCENTE

Controles Prenatales	Parto				Total	
	Prematuro		Término			
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 5	46	71.9	290	44.3	336	46.8
De 5 a más	18	28.1	364	55.7	382	53.2
Total	64	100.0	654	100.0	718	100.0

FUENTE: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

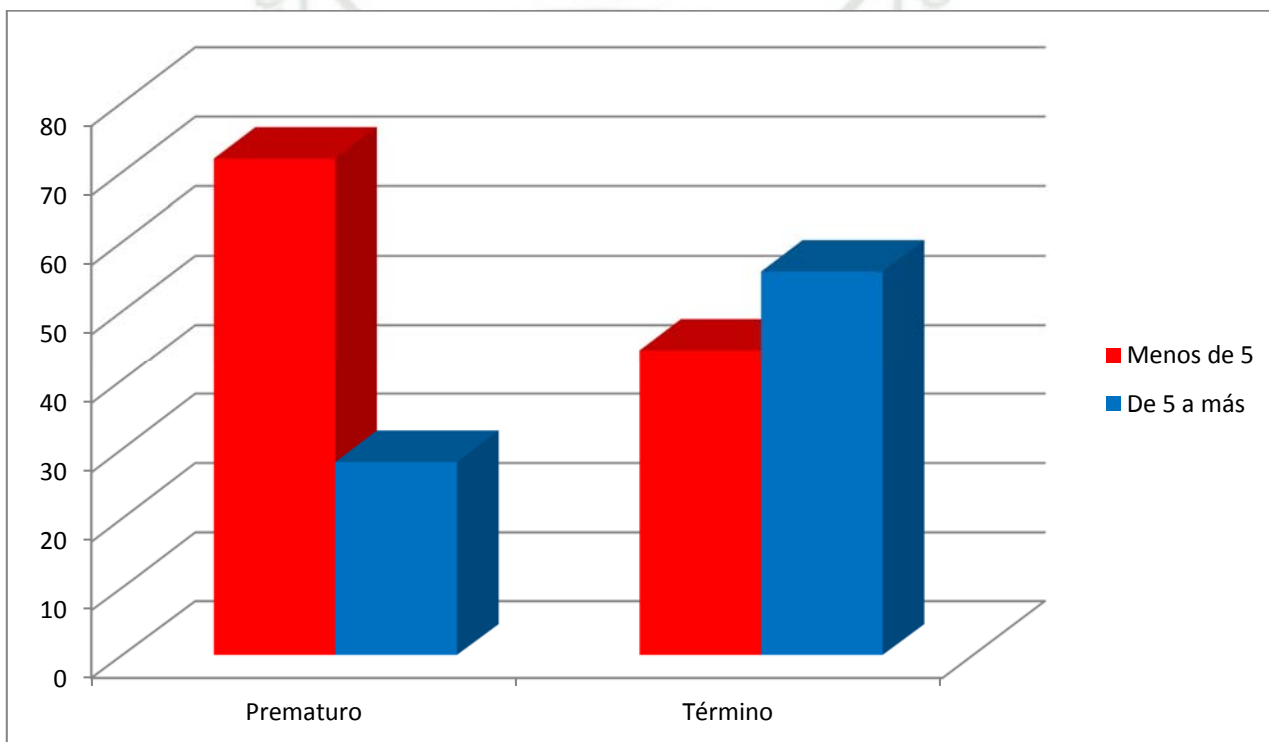
Valor Mínimo	0	0
Valor Máximo	10	12

El 71.9% (46) de las gestantes que tuvo parto prematuro tuvieron menos de 5 controles prenatales y el 28.1% (18) tuvieron más de 5. El 44.3% (290) de las madres adolescentes con parto a término tuvieron menos de 5 controles y el 55.7% (364) tuvieron más de 5

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 15

CONTROLES PRENATALES Y PARTO EN GESTANTE ADOLESCENTE



	Prematuro	Término
Menos de 5	71.9 %	44.3 %
De 5 a más	28.1 %	55.7 %

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 16

TALLA DE LA MADRE Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES

Talla de la Madre	Parto	
	Prematuro	Término
Media Aritmética	153.96	153.83
Desviación Estándar	6.21	5.01
Valor Mínimo	135	134
Valor Máximo	172	173
Total	64	654

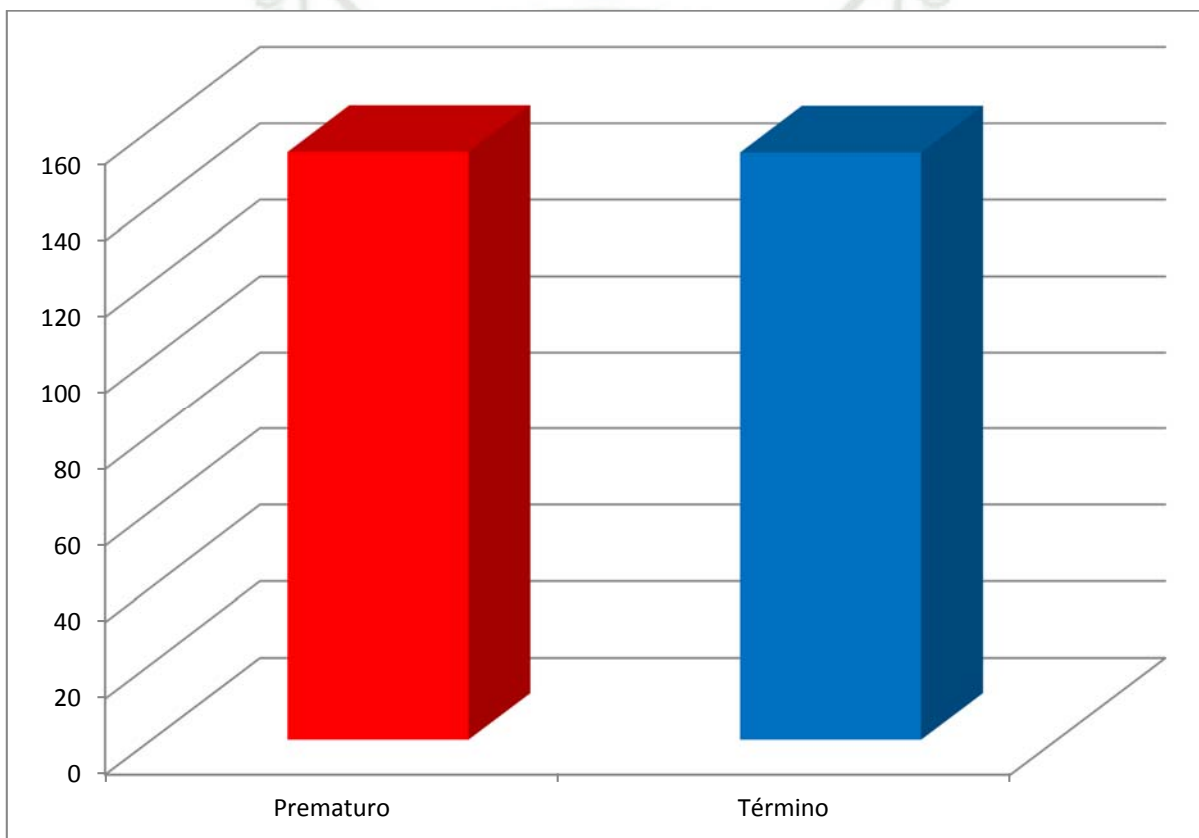
FUENTE: Matriz de datos $P = 0.844$ ($P \geq 0.05$) N.S.

El promedio de talla de madres adolescentes que tuvo parto prematuro fue del 153.96 cm. Y las que tuvieron parto a término fue de 153.83 cm.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 16

TALLA DE LA MADRE Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES



Prematuro	Término
153.96 cm.	153.83 cm.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 17

EDAD DE LA MADRE Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES

Edad de la Madre	Parto	
	Prematuro	Término
Media Aritmética	17.79	17.59
Desviación Estándar	1.22	1.36
Valor Mínimo	14	13
Valor Máximo	19	19
Total	64	654

FUENTE: Matriz de datos

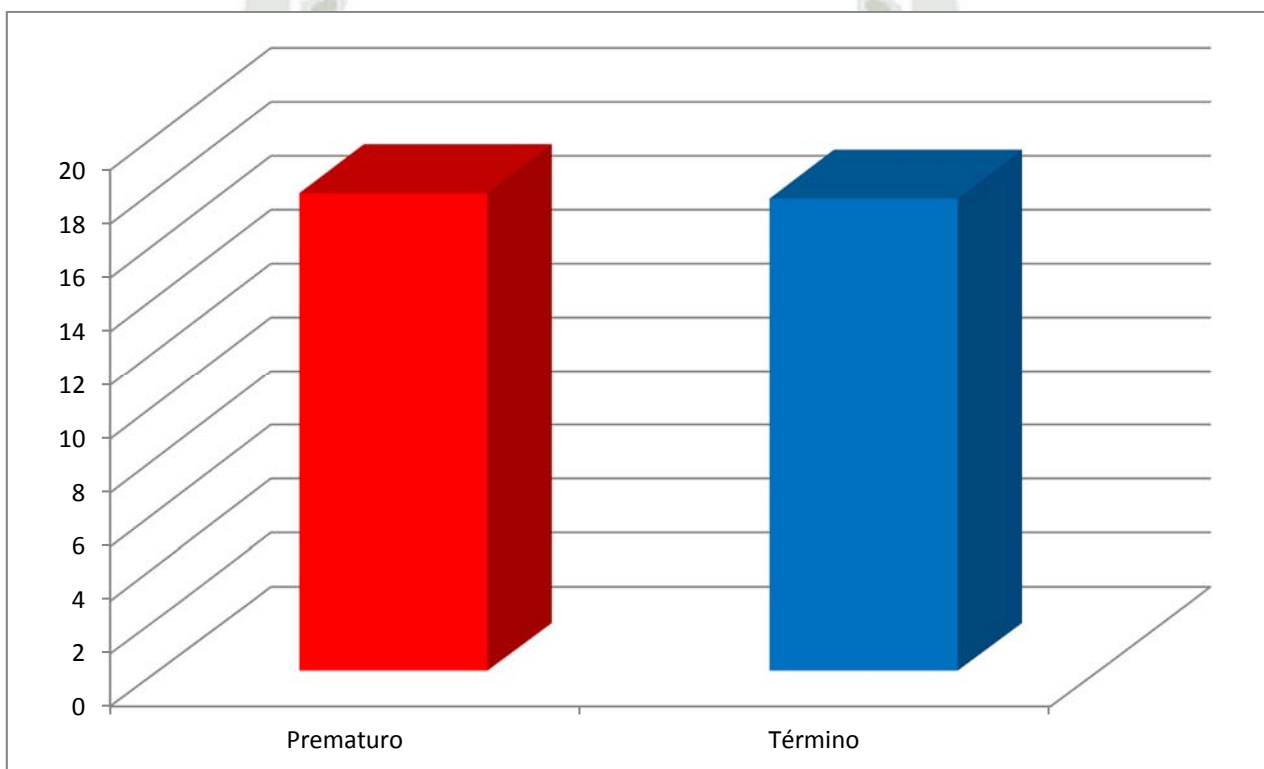
$P = 0.248$ ($P \geq 0.05$) N.S.

El promedio de edad de las gestantes adolescentes que tuvieron parto prematuro fue 17.79 años y el de las que tuvieron parto a término fue de 17.59 años

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 17

EDAD DE LA MADRE Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES



Prematuro	Término
17.79	17.59

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

TABLA N° 18

PESO DE RECIEN NACIDO Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES

Peso del Recién Nacido	Parto	
	Prematuro	Término
Media Aritmética	2189.68	3456.26
Desviación Estándar	778.34	413.20
Valor Mínimo	680.00	1900.00
Valor Máximo	3980.00	5100.00
Total	64	654

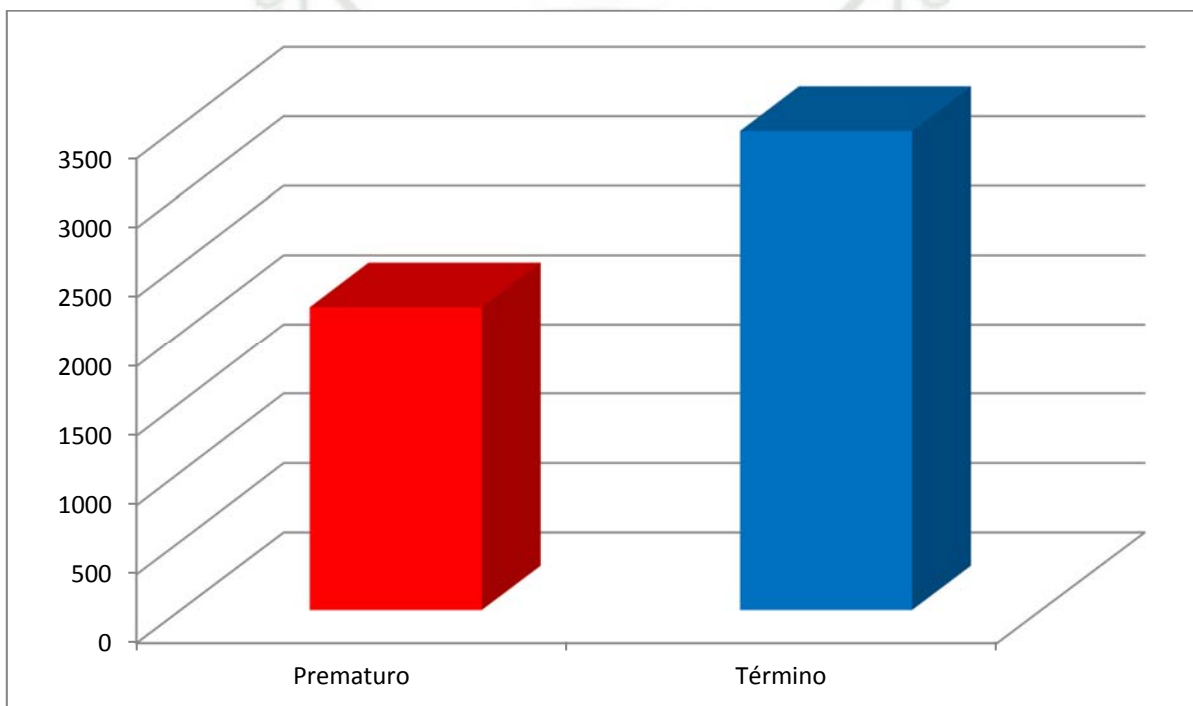
FUENTE: Matriz de datos $P = 0.000 (P < 0.05)$ S.S.

El promedio del peso del recién nacido en gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro fue de 2189.68 gr. En tanto el peso de los productos de las que tuvieron parto a término fue de 3456.26 gr.

**“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”**

GRÁFICO N° 18

PESO DE RECIEN NACIDO Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES



Prematuro	Término
2189.68	3456.26



CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio está dirigido a conocer los factores de riesgo relacionados a parto prematuro en gestantes adolescentes entre los periodos Enero 2011 a Diciembre 2012 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Se eligió este problema debido a que el embarazo en adolescentes se viene convirtiendo en un problema de salud pública en nuestro país, debido al inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de información sobre los métodos anticonceptivos.

Para la realización del estudio se revisaron retrospectivamente las historias clínicas perinatales de gestantes adolescentes, aplicando criterios de selección, por lo que se reportan los resultados de 718 pacientes entre los periodos de estudio, los resultados se muestran mediante estadística descriptiva, Chi cuadrado y T de Student.

TABLA 1: En el año 2011 hubo 311 gestantes adolescentes que representan el 43.3%, en tanto en el año 2012 hubieron 407 adolescentes representando el 56.7% que hacen un total de 718 partos atendidos en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, Según el reporte del Ministerio de Salud el porcentaje de adolescentes embarazadas es del 13.5%, Según el estudio realizado por el INEI sobre la situación Social de las Madres adolescentes en el 2007 en el país existen 160 mil 258 madres cuyas edades es entre 12 a 19 años, 10.4% (56 mil 709) se encuentran en el área rural, 6.2% (103 mil 549) están en el área urbana, estando la mayor tasa de maternidad en Loreto, Ucayali, San Martín y Madre de Dios¹⁰. En el estudio realizado en el Hospital de Yarinacocha entre Enero 2001 a Diciembre 2003 hubieron 1563 gestantes adolescentes¹⁸. Como se puede observar hubo un incremento de madres adolescentes entre los periodos 2011 y 2012, esto se podría deber a la mala información que tienen acceso los adolescentes que muchas veces proviene de amigos o la televisión, también a la poca información sobre los diversos métodos anticonceptivos y escasa comunicación con los padres.

TABLA 2: Se Observo que 654 gestantes adolescentes tuvieron parto a termino esto representa un 91.1% y el 8.9% (64 pacientes) tuvo parto prematuro, en tanto el 6% de las gestantes adultas atendidas en nuestro hospital tuvo parto prematuro. En nuestro país el promedio de parto prematuro es del 4% entre los años 2005 y 2008⁴². En el estudio realizado

entre los periodos 2001 – 2003 en el Hospital de Apoyo de Yarinacocha se observo que la incidencia de parto prematuro fue 12.1%¹⁸. El porcentaje de parto prematuro en adolescentes en nuestro hospital es mayor al de las adultas atendidas en el mismo nosocomio, así como el porcentaje de madres adolescentes en mayor en Tacna en comparación al promedio nacional, comparando con otros estudios podemos observar que otros centros hospitalarios presentan mayor porcentaje de partos prematuros. Los problemas del bebé prematuro están relacionados con la inmadurez del sistema orgánico en especial el respiratorio por lo cual necesitan cuidados especiales en sala de neonatos. Estos cuidados pueden durar semanas o meses dependiendo de la prematurez.

TABLA 3: El 71.2% (511 pacientes) de gestantes adolescentes tuvo durante su gestación un peso adecuado ya que su índice de masa corporal se encontraba entre 1 a -2 desviaciones estándar, además no se observo gestantes con índice de masa corporal inferior a -2 desviaciones estándar que informaría un bajo peso, el 24.2% (174) presento sobrepeso. En tanto el 6.4% de gestantes adultas atendidas en nuestro hospital tuvo un índice de masa corporal inferior al 19.8. En el estudio realizado en el hospital Provincial General Docente de Riobamba en el 2008 se observo que el 50% (24pacientes) tuvo bajo peso, el 39.58% (19) tuvo peso adecuado¹⁹. Se puede observar que hay mayor porcentaje de gestantes adolescentes con peso adecuado en nuestro nosocomio en comparación con otros centros de atención. El embarazo adolescente se asocia con bajo peso, ella retienen parte de los nutrientes para sus propias necesidades, los lácteos y alimentos que aporten calcio deben ser recomendados ya que parte del crecimiento de la madre puede darse en el embarazo.

El promedio de talla de las gestantes adolescentes fue de 153.84 cm., Oscilando entre 134cm. hasta 173cm., en tanto las gestantes adultas atendidas en el Hospital Hipólito Unánue tuvo una talla entre 1.50 – 1.57cm. Una estatura inferior a 155 cm. Se ha relacionado también con un aumento de prematuridad¹⁹. Como podemos observar las gestantes adolescentes y adultas tienen un promedio de talla casi similar.

TABLA 4: En el estudio se encontró que el 61.1% (439) de gestantes adolescentes se encuentra entre los 18 y 19 años. En tanto el 2.3% (17) se encuentra entre los 13 y 14 años de edad. En el estudio realizado en la sierra rural de Ayacucho entre los años 2004 – 2008 se observó que de las 58 gestantes adolescentes en estudio el mayor porcentaje de embarazos

ocurrió entre los 16 y 17 años con una media de 16.4 años². En otro estudio se observó que de 68 gestantes adolescentes que presentaron parto prematuro 29 pacientes (42.6%) tuvieron entre 14 y 16 años, 39 (57.4%) tuvieron entre 17 y 19 años³. Si bien la adolescencia abarca entre los 10 a 19 años podemos ver que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes se encuentra en el límite superior, comparado con otros estudios realizados no se encuentra mayor variación entre los promedios de las edades.

De las gestantes adolescentes el 76.6% (550) son convivientes y solo el 1.9% (14) se encuentran casadas. Mientras que el 76.2% de las gestantes adultas que fueron atendidas en el nuestro hospital son convivientes y el 14.4% son casadas. Según el estudio realizado por el INEI en el 2007 en el área rural más del 70% de las madres adolescentes se encuentran conviviendo, el 21% son solteras o están separadas de su pareja y el 7.2% se encuentran casadas, en el área urbana 63.8% de las madres adolescentes son convivientes, el 29.1% son solteras o separadas, y en 6.6% se encuentra casadas¹⁰. Una de los aspectos que caracteriza a la maternidad adolescente es que se realiza en un contexto donde las uniones legales son infrecuentes, lo que genera que muchas veces las adolescentes enfrenten su maternidad sin el apoyo del padre de su hijo, el porcentaje de adolescentes convivientes encontrados en nuestro hospital es similar al encontrado en otros estudios.

El 89.3% (641) de las gestantes adolescentes tuvo como grado de instrucción secundaria y el 3.2% (23) primaria. Según el estudio realizado por el INEI en el 2007 el 58.3% de madres adolescentes entre los 12 – 19 años alcanzaron a estudiar algún año de educación secundaria, el 31.2% tienen algún grado de educación primaria, 4.5% alcanzó a estudiar educación superior no universitaria y 2.6% superior universitaria incompleta¹⁰. Además en el estudio realizado en Ayacucho sobre las características del embarazo en adolescentes entre los años 2004 – 2008 se observó que 63.8% de las gestantes adolescentes tienen secundaria incompleta². Una de las consecuencias de la maternidad en la adolescencia es la baja adquisición del logro educativo debido al tiempo que debe dedicar a la crianza del hijo y esto interfiere con la dedicación a los estudios. Como se puede observar el porcentaje de adolescentes con secundaria en nuestro hospital es mayor al encontrado en otros estudios,

TABLA 5: El 46.8% (336) gestantes adolescentes tuvieron menos de 5 controles prenatales; en tanto 53.2% (382) tuvieron de 5 a más. En tanto el 62% de pacientes adultas atendidas en

el Hospital Hipólito Unánue tuvieron menos de 5 controles prenatales. Según el estudio realizado por ENDES el 57.7% de las adolescentes embarazadas fueron atendidas en su control prenatal por una obstetra, en tanto el 22.7% recibió atención de parte de un médico, 11.3% fue atendido por una enfermera o por un sanitario y el 4.5% refirió no haber recibido atención prenatal¹⁰. En el estudio que se realizó en el Hospital General Docente de Riobamba de 48 gestantes adolescentes 24 pacientes (50%) tuvieron menos de 5 controles prenatales, 19 (39.58%) 5 a 12 controles, más de 12 controles 5 (10.42%)¹⁹. La adolescentes muchas veces no acuden a sus controles prenatales temor o por desinformación llegando al momento del parto sin ningún control prenatal, lo cual aumenta el riesgo y complicaciones tanto para la madre y para el recién nacido, el primer control prenatal debe ser realizado por un médico donde se debería identificar los factores de riesgo biopsicosociales de la gestante adolescente.

TABLA 6: El 96.8% (695) de las gestantes adolescentes que tuvo su trabajo de parto la presentación del feto fue cefálica, en relación al 3.2% (23) que tuvieron presentación pélvica (podálica). En tanto el 2.29% de las gestantes adultas atendidas en el Hospital Hipólito Unánue tuvieron presentación pélvica. El estudio realizado en el Hospital Provincial de Riobamba durante el año 2008 informan que la presentación de nalgas afecta del 1.9% al 10% de las gestantes adolescentes¹⁹. Como se puede observar el porcentaje de presentación podálica es mayor en las pacientes adolescentes en comparación a las gestantes adultas. Comparado con otro estudio se puede observar que hay una similitud en el porcentaje de presentación podálica. El parto de nalgas presenta una serie de complicaciones como son la dificultad para extraer la cabeza o el prolapso de cordón, además de atribuirse más riesgos de secuelas neurológicas.

El 66.2% (475) de gestantes adolescentes tuvo parto vaginal, el 33.8% (243) su parto fue por cesárea. En tanto el 42.4% de las pacientes adultas atendidas en el hospital Hipólito Unánue tuvo su parto por cesárea. Se observó que las principales causas de las cesáreas en este grupo de estudio fueron desproporción feto pélvica, sufrimiento fetal agudo. En un estudio realizado en el Hospital Nacional Rebagliati Martins en el año 2006 se evidenció que de un total de 443 gestantes adolescentes el 58.5% tuvo parto por vía vaginal y el 41.5% se le realizó cesárea²⁰. Como se puede observar hay un mayor porcentaje de cesáreas en las

adolescentes comparadas con las adultas, comparado con otros estudios se puede ver que el porcentaje de cesáreas en las adolescentes de nuestro hospital es mayor a otros hospitales.

El promedio del peso de recién nacidos de gestantes adolescentes fue de 3343.37 gr., teniendo como valor mínimo 680mg. y como valor máximo 5100mg. el 5.9% de las gestantes adultas tuvo un producto con un peso menor a 2500 gramos. En el mismo estudio realizado en el Hospital Nacional Rebagliati Martins se evidenció que un 11.9% de recién nacidos tuvo un peso menor a 2500 gr. Y un 88.1% tuvo un peso mayor. Se realizó un estudio en el hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2003 donde se observó que el 18% de los productos de las gestantes adolescentes tuvo bajo peso al nacer⁶. Si bien la mayoría de recién nacidos tiene un peso adecuado, se encontró un pequeño grupo que tenían muy bajo peso al nacer, que muchas veces comprometían sus vidas.

TABLA 7: EL 76.2% (547) de las gestantes adolescentes no presentó infección del tracto urinario, el 23.8% (171) sí la presentó. El 9.3% de las gestantes adultas atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna tuvieron infección del tracto urinario. En un estudio realizado en el Instituto Materno Perinatal en el año 2007 de 58 gestantes se evidencia que las que tienen entre 14 – 23 años tienen un 53.4% de infecciones urinarias, en comparación con las gestantes entre los 24 – 32 años que tienen 36.2%⁴⁰. Como se puede observar el porcentaje de infección del tracto urinario en las adolescentes es mayor al de las adultas, comparado con otros estudios podemos observar que el porcentaje de ITU en nuestro hospital es menor. Muchas veces las gestantes son asintomáticas y al no tener controles prenatales no reciben tratamiento siendo detectadas al momento del parto y recibiendo tratamiento posterior al parto.

El 65% (467) de las gestantes adolescentes no presentó anemia durante el embarazo en relación al 35% (251) que sí la presentó durante el embarazo. En tanto el 14.8% de las madres adultas atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna presentó anemia, En un estudio realizado por el Instituto de Salud en el 2011 se evidencia una prevalencia del 28% de gestantes que presentó anemia, además refiere que la anemia disminuye conforme aumenta el rango de edad y aumenta conforme aumenta la edad gestacional y altitud a nivel del mar³³. El porcentaje de gestantes adolescentes con anemia es mayor al de las adultas en nuestro

hospital, además se puede ver que el porcentaje de anemia en las adolescentes en nuestro nosocomio es mayor al de otros estudios.

TABLA 8: El 92.2% (59) de gestantes adolescentes con parto prematuro tuvo presentación cefálica al momento del parto en relación al 7.8% que tuvo parto en presentación podálica, 97.2% (636) de gestantes adolescentes con parto a término tuvo presentación del feto en cefálica en comparación al 2.8% (18) que tuvieron presentación podálica. La prueba estadística muestra que hay una relación significativa entre presentación del feto y parto prematuro; puesto que las gestantes adolescentes con parto prematuro tienen mayor presentación podálica.

TABLA 9: El 89.1% (57) de gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro tienen grado de instrucción secundaria y 584 gestantes adolescentes con parto a término tienen grado de instrucción secundaria que representa un 89.3%. La prueba estadística muestra que no hay una relación significativa entre grado de instrucción de las gestantes adolescentes y el parto. Si bien se observa que las gestantes adolescentes muchas veces truncan sus estudios por el embarazo, en el presente estudio se evidencia que la mayoría de las adolescentes se encuentran entre los 18 y 19 años, la mayoría se encuentra en nivel secundaria y al momento de la recolección de datos se vio que un pequeño número estaba iniciando el nivel superior. Otros estudios realizados demuestran que la mayoría de madres adolescentes se encuentran cursando el nivel secundario o que ya terminaron. Un pequeño porcentaje se encuentra en primaria.

TABLA 10: Las gestantes adolescentes con parto prematuro, el 53.1% (34) tuvo parto vaginal en relación al 46.9% (30) tuvo cesárea al momento del parto. El 67.4% (441) de gestantes adolescentes a término tuvo parto vaginal en relación al 32.6% (213) tuvo parto por cesárea. La prueba estadística muestra una relación significativa entre tipo de parto y parto en gestantes adolescentes; ya que las gestantes adolescentes con parto prematuro tuvieron un mayor porcentaje de cesárea. A nivel nacional un 34% de gestantes termina su parto en cesárea, lo que nos indicaría que las gestantes adolescentes dan parto por cesárea en mayor porcentaje que las gestantes adultas. Se observó que en otros estudios realizados el porcentaje de madres adolescentes que tuvieron parto por cesárea es elevado. Dentro de las indicaciones para cesárea fueron desproporción feto pélvica, sufrimiento fetal agudo.

TABLA 11: El 23.4% (15) de gestantes adolescentes que tuvieron parto prematuro presentaron infección del tracto urinario en tanto el 76.6% (49) no presentó infección, de las gestantes adolescentes a término el 23.9% (156) presentó infección, y el 76.1% (498) no presentó, la prueba estadística no es significativa.. En el estudio realizado en el Hospital de Yarinacocha el 8.2% de gestantes adolescentes con parto pre termino presentó infección del tracto urinario en relación al 2.8% que tuvo infección y que no tuvo parto pre termino¹⁸. En el estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo en el año 2003 se atendió a 517 gestantes adolescentes, de las cuales 12.38% presentó ITU⁶. En el Perú un 10 – 15 % de las gestantes presenta infección del tracto urinario durante el embarazo los cuales son muchas veces asintomáticas⁴⁰. Durante el embarazo se produce cambios fisiológicos significativos de la estructura y función del tracto urinario que favorece la infección, una de las alteraciones significativas es la dilatación del tracto urinario el cual persiste durante el puerperio, otra modificación es que la vejiga aumenta de tamaño y disminuye el tono⁴⁰. Como se puede observar si bien no hay una relación significativa el porcentaje de infección urinaria en las gestantes adolescentes es mayor que las gestantes adultas.

TABLA 12: El 34.4% de gestantes adolescentes con parto prematuro presentó anemia en relación al 65.6% que no presentó; en tanto el 35.0% de gestantes adolescentes a término presentó anemia y el 65% no presentó, la prueba estadística muestra que no hay una relación significativa. Se realizó un estudio en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia en el año 2006 donde se observó que el porcentaje de pacientes con anemia en el grupo de casos fue del 10.9% y del grupo control 4.1%⁴¹. En otro estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo de observó que 8.9% de las gestantes adolescentes tuvo anemia⁶. La anemia en el Perú en gestantes no adolescentes es del 28% siendo menor en la costa, en comunidades nativas es del 20.1%³³, nuestros resultados obtenidos en comparación a otros estudios el porcentaje de anemia es mayor. Durante el embarazo existe un aumento en la masa de eritrocitos y del volumen plasmático como ajuste a las necesidades del útero y el feto en crecimiento³³.

TABLA 13: El 73.4%(47) de gestantes adolescentes con parto prematuro tuvieron un índice de masa corporal entre 1 a -2 desviaciones estándar y no se observó pacientes con un índice de masa corporal inferior a -2 desviaciones; de las gestantes adolescentes con parto a término un 70.9% (464) tuvieron un índice entre 1 a -2 desviaciones estándar. La prueba estadística

muestra que no hay una relación significativa. Se realizó un estudio en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el 2008 se observó que de 48 gestantes adolescentes en estudio 24 tenían bajo peso que representa el 50%, 39.58% (19) tienen peso normal¹⁹. En el embarazo existe una importante actividad anabólica que determina un aumento en las necesidades nutricionales con relación al periodo pre concepcional, este incremento de las necesidades de nutrientes fluctúa entre 0 – 50%. Comparando el estado nutricional con otros estudios podemos observar que en nuestro grupo de estudio el mayor porcentaje de gestantes se encuentra dentro de un peso adecuado²³.

TABLA 14: El 79.7% (51) de gestantes adolescentes con parto prematuro son convivientes mientras que el 3.1% (2) son casadas. El 76.3% (499) con parto a término son convivientes y el 1.8% (12) son casadas. La prueba estadística no es significativa. Según estudio realizado por el INEI en el 2007 en el área rural más del 70% de las madres adolescentes se encuentran conviviendo, el 21% son solteras o están separadas de su pareja y el 7.2% se encuentran casadas, en el área urbana 63.8% de las madres adolescentes son convivientes, el 29.1% son solteras o separadas, y en 6.6% se encuentra casadas¹⁰. Como se puede observar el porcentaje de madres adolescentes que son convivientes es muy alto en ambos estudios. Muchas de las gestantes adolescentes enfrentaran su maternidad sin el apoyo del padre de su hijo. En términos de lograr un proyecto de vida deseado, un embarazo es con frecuencia un obstáculo definitivo para las adolescentes solteras sin pareja¹⁰.

TABLA 15: El 71.9% (46) gestantes adolescentes que tuvieron parto prematuro tuvieron menos de 5 controles prenatales y el 28.1% (18) tuvieron de 5 a más controles, en tanto el 44.3% (290) de las gestantes que tuvieron parto a término tuvieron menos de 5 controles prenatales y el 55.7% (364) tuvieron de 5 a más controles. La prueba estadística muestra una relación significativa entre controles prenatales de gestantes adolescentes con parto prematuro y gestantes adolescentes con parto a término; dado que las gestantes adolescentes con parto prematuro tuvieron menor número de controles. El Ministerio de Salud propone como mínimo 5 controles prenatales durante la gestación. Como se puede observar las gestantes adolescentes se encuentran por debajo del el mínimo de controles, lo que aumenta el riesgo de parto prematuro porque no se lleva un adecuado control de la misma. En el estudio que se realizó en el Hospital General Docente de Riobamba de 48 gestantes

adolescentes 24 pacientes (50%) tuvieron menos de 5 controles prenatales, 19 (39.58%) 5 a 12 controles, más de 12 controles 5 (10.42%)¹⁹.

TABLA 16: Las gestantes adolescentes con parto prematuro tienen como talla promedio 153.96 cm. en tanto las gestantes adolescentes con parto a término tienen como promedio de talla 153.83 cm. La prueba estadística muestra que no hay una relación significativa. Siendo el promedio de talla 151 cm. en mujeres adultas. Lo que se puede observar que las gestantes adolescentes se encuentran dentro del promedio de la talla del país. Una estatura inferior a 155 cm. Se ha relacionado también con un aumento de prematuridad, aunque algunos autores opinan que es factor está relacionado con el bajo peso al nacimiento que con al prematuridad misma¹⁹.

TABLA 17: Las gestantes adolescentes con parto prematuro tienen como promedio de edad 17.79 años en relación a las gestantes adolescentes con parto a término tienen como promedio de edad 17.59 años. La prueba estadística no es significativa. Teniendo como valores mínimos de 14 años y como valor máximo 19 años en aquellas gestantes adolescentes que tuvieron parto prematuro. En un estudio realizado entre los años 2004 – 2008 en la sierra rural del sur de Ayacucho se observó que de las 58 gestantes adolescentes en estudio el mayor porcentaje de embarazos ocurrió entre los 16 y 17 años con una media de 16.4 años². Como se puede observar el mayor promedio de edad de las gestantes adolescentes en ambos estudios se encuentra entre los 16 y 18 años.

TABLA 18: Las gestantes adolescentes con parto prematuro sus recién nacidos tienen como promedio de peso 2189.68 gr.; Mientras que las gestantes adolescentes con parto a término tienen sus productos un promedio de peso de 3456.26 gr. La prueba estadística si es significativa; puesto que las recién nacidos prematuros tienen menor peso que los recién nacidos a término. El promedio de peso de recién nacidos de gestantes adultas es de 3370 gr. lo cual es ligeramente mayor al peso de los productos de las gestantes adolescentes. En estudio realizado en el Hospital Nacional Rebagliati Martins se evidencio que un 11.9% de recién nacidos tuvo un peso menor a 2500 gr. Y un 88.1% tuvo un peso mayor²⁰. El menor promedio de peso en recién nacidos de madres adolescentes pone en riesgo la salud del producto, esta escasa ganancia se podría deber a que las madres adolescentes compiten por los nutrientes durante la gestación.



CONCLUSIONES

Primera: El 8.9% de gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unánue tuvo parto prematuro este porcentaje es mayor al de las gestantes adultas atendidas que tuvo un 6% entre los periodos de estudio.

Segunda: La mayoría de gestantes adolescentes se encuentra entre los 18 a 19 años de edad, son convivientes y tienen un grado de instrucción de nivel secundaria. En relación a las gestantes adultas el 76.2% son convivientes siendo el porcentaje idéntico al de las adolescentes. Por lo que en el presente estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa entre parto prematuro y edad, grado de instrucción y estado civil.

Tercero: El 71.9% de las gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro tuvieron menos de 5 controles prenatales durante la gestación. En relación al 62% de las gestantes adultas. Encontrándose una relación estadísticamente significativa entre parto prematuro y gestantes adolescentes.

Cuarto: El 7.8% de las gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro tuvo presentación pélvica (podálica) este porcentaje es mayor al de las gestantes adultas en las que se observó que el 2.29% tuvieron dicha presentación. Encontrándose una relación estadísticamente significativa entre presentación y parto prematuro.

Quinto: El promedio del peso de recién nacido de gestantes adolescentes fue 3343.37 gr en tanto el 5.9% de los productos de las madres adultas tuvieron un peso menor a 2500gr. encontrándose una relación estadísticamente significativa.

Sexto: El 46.9% de las gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro se le realizó cesárea este porcentaje es mayor al encontrado en gestantes adultas con un 42.4% encontrándose una relación estadísticamente significativa entre cesárea y parto prematuro.

Séptimo: El 23.4% de gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro tuvieron infección del tracto urinario, si bien no se observa una relación estadísticamente significativa el porcentaje de infección urinaria en madres adolescentes es mayor en un 14.1%,

Octavo: El 34.4% de las gestantes adolescentes con parto prematuro tuvo anemia no se observó una relación estadísticamente significativa pero el porcentaje de anemia en comparación a las gestantes adultas es mayor en un 19.6%.

Noveno: El promedio de talla de las gestantes adolescentes fue de 153.96cm.; en tanto un 46% de las gestantes adultas tuvieron entre 150 – 157cm. como se puede observar la talla entre las adolescentes y las adultas son iguales. No encontrándose una relación estadísticamente significativa.

Décimo: El 73.4% de las gestantes adolescentes que tuvo parto prematuro se encontró entre 1 y -2 desviaciones estándar lo cual es normal y no se observo gestantes adolescentes con bajo peso en tanto el 6.4% de las madres adultas tiene un índice de masa corporal menor a 19.8. No encontrarse una relación estadísticamente significativa entre parto prematuro en gestantes adolescentes y talla e índice de masa corporal.

Décimo Primero: Los resultados han demostrado que los factores que tienen relación con parto prematuro en adolescentes gestantes fueron presentación del feto, tipo de parto, número de controles prenatales y el peso del recién nacido.

SUGERENCIAS

PRIMERO: Realizar campañas sobre importancia de los controles prenatales; así como brindar información sobre la alimentación que deben llevar las gestantes principalmente las adolescentes.

SEGUNDO: Promover charlas en los centros educativos sobre los diferentes métodos anticonceptivos o retrasar el inicio de relaciones sexuales para prevenir el embarazo en las adolescentes.

TERCERO: Incentivar al personal de salud para realizar visitas domiciliarias en aquellas gestantes adolescentes con mayor riesgo de presentar parto prematuro.

CUARTO: Realizar trabajos comparativos entre gestantes de edad adulta y gestantes adolescentes relacionados a parto prematuro en Hospitales del Sur del País.

BIBLIOGRAFIA

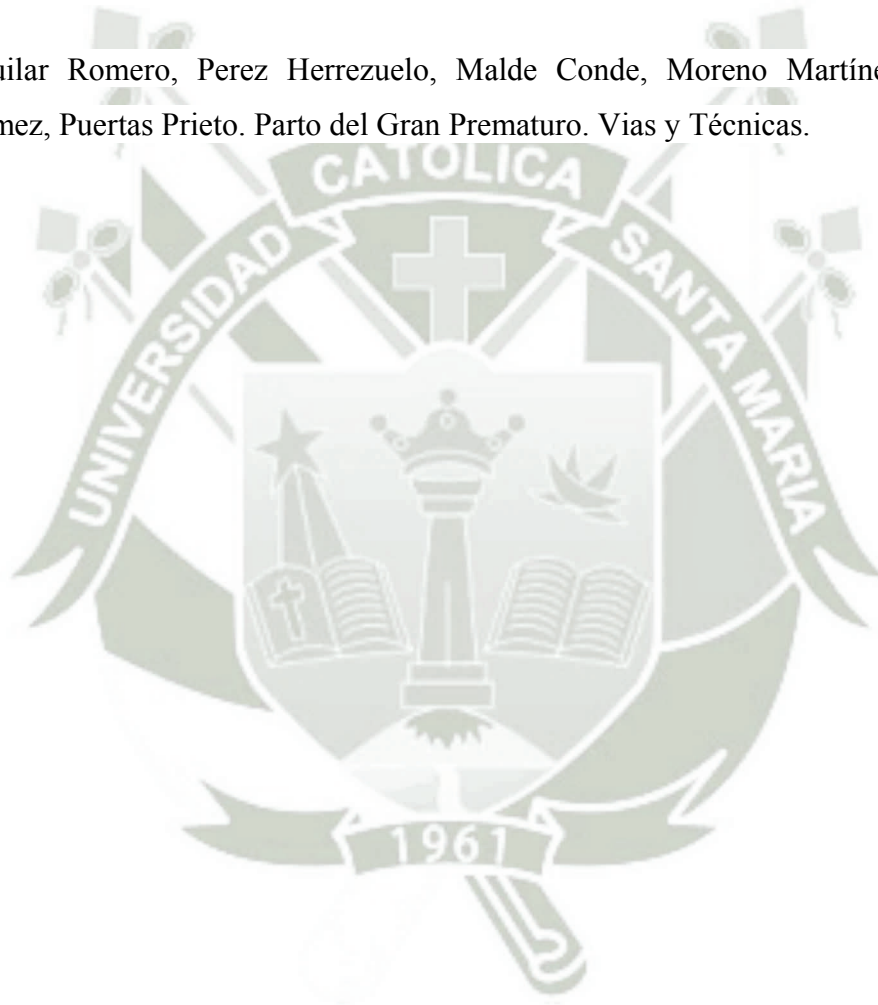
1. Schwarcz Ricardo, Fesina Ricardo, Duverger Carlos Obstetricia 2005
2. Juan Morales, Cesar Gutierrez, Casilda Mitma, Tania Siancas Haydee Palomino. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho 2004 – 2008
3. Riscarle Manrique, Airlen Rivero, Magaly Ortunio, Marianela Rivas, Rosa Cardozo, Harold Guevara. Parto Pretérmino en Adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149
4. Keril Guillermo Castrillo Cárdenas, Daniel Zúñiga Ramirez, Freddy Arrieta Viales. Experiencias en el Manejo del Parto Pretérmino. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (592)145-149 2010
5. Lic. Sandra Rivera Alvarado. Embarazo en Adolescentes 2003
6. Dr. Feliz Choque Mamani. Factores de Riesgo Obstétrico en el Embarazo de Adolescentes, Hospital Nacional Dos de Mayo, Año 2003
7. Enf. Mercedes Rodríguez Pérez, Lic. Mirza Mora Rodríguez, Lic. Isabel Mora Vera. Embarazo en la Adolescencia y su Relación con el Recién Nacido Bajo Peso Rev. Cubana Enfermer 2001;17(2):101-6
8. Dr. Angel García Alonso López, Dr. Sergio Rosales Ortiz, Dr. Guillermo Jiménez Solís. Guía Práctica Clínica Diagnostico y Manejo del Parto Pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia 2008
9. Josefina Lira Plascencia, Héctor Oviedo Cruz, Marcela Zambrana Castañeda, Francisco Ibargüengoita Ochoa, Roberto Ahued Ahued. Implicaciones Perinatales del Embarazo en la Mujer Adolescente. Ginecol Obstet Mex 2005;73:407-14

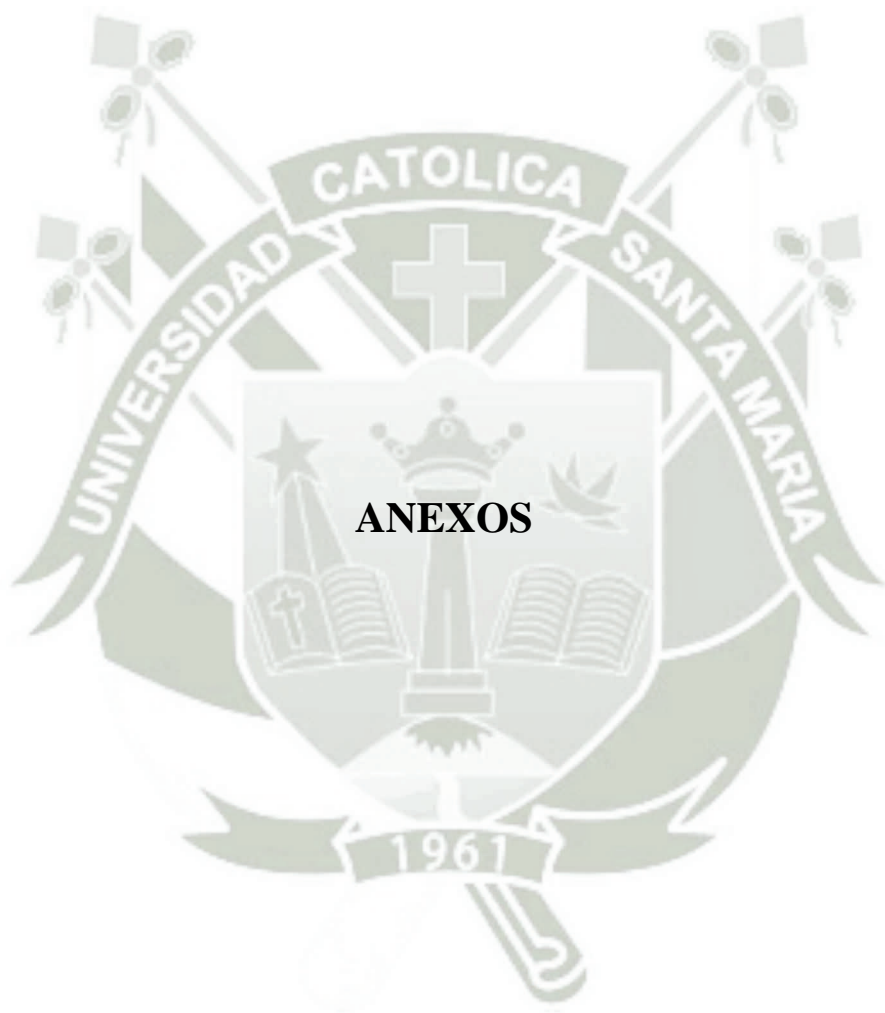
10. Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes 2007, Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima 2010
11. Dr. Sergio Girado Llamas. Protocolo Control Prenatal
12. Verónica Alexandra Oñate Castro. Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas Atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga. Ambato 2011
13. Waldely Mariam Pirona Morillo. Características Ecográficas del Cuello Uterino y su Relación con Parto Pretérmino en Embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino. Hospital Central Universitario “ Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto. Braquismeto 2008
14. Elsa Vela Arévalo. Influencia de la Violencia Basada en Genero en Mujeres con Parto Pretérmino Atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo Octubre 2007 – 2008.
15. Silvina Analía Soledad Lescano, María Selva Vallejos Arce. Características del Recién Nacido en Madres Adolescentes. 2005
16. María J. Ventura, María C. Raimundo, Marcelo M. Fernández Coutinho. Bajo Peso al Nacer y Prematurez en Hijos de Madres Adolescentes de un Centro Maternoneonatal de la Ciudad de Corrientes. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina N° 205 – Febrero 2011
17. María Gabriela Ulanowicz, Karina Elizabeth Parra, Gisela Elizabeth Wendler, Dra. Lourdes Tisiana Monzón. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina N° 153 – Enero 2006
18. Norma Soledad Riva Reategui. Factores de Riesgo para Párto Pretérmino Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Lima – Perú 2004
19. María Elisa Paredes Najéra. Determinantes de Riesgo Obstétrico y Perinatal que Aumenta la Incidencia de Parto Pretermino: Una Visión Epidemiológica en el

- Embarazo de Mujeres Adolescentes Atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba Durante el año 2008. Riobamba – Ecuador 2009
20. Claudia Urbina, José Pacheco. Embarazo en Adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet 2006;52(1):118-123
 21. José Pacheco. Parto Pretérmino: Tratamiento y Las Evidencias Rev Per Ginecol Obstet 2008;54:24-32
 22. Luis Alberto Villanueva Egan, Ada Karina Contreras Gutiérrez, Mauricio Pichardo Cuevas, Jaqueline Rosales Lucio. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. Rev. Ginecol Obstet 2008; 76(9): 542 – 8
 23. Ricardo Uauy, Eduardo Atalah, Carlos Barrera, Enesto Behnke; Alimentación y nutrición durante al Embarazo
 24. María Lorena Nolazco, Laura Yudith Rodriguez. Morbilidad Materna en Gestantes Adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina – N° 156 – Abril 2006.
 25. Paul León, Matías Minassian, Rafael Borgoño, Francisco Bustamante. Embarazo Adolescente. Rev. Ped. Elec. 2008, vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918
 26. Martha Paz Fuentes, Humberto Cruzat Cruzat, Miriam Barreira Quial. El Embarazo en Edades Tempranas. Algunas Consideraciones al Respecto. Rev Cubana Enfermer 1999;15(1):22-7
 27. Sigfrido Valdés Dacal, Jhon Essien, Jessica Bardales Mitac, Daymi Saavedra Moredo, Edith Bardales Mitac. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8
 28. Juan Fernando Bojanini B., Joaquin Guillermo Gómez D. Resultados Obstétricos y perinatales en Adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 N° 2 2004(114-121)

29. Jairo Amaya, Claudia Borrero, Santiago Ucos. Estudio Analítico del Resultado del Embarazo en Adolescentes y Mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 53 N° 3 2005(216-224)
30. Lucía Ferreira Gonzales. Clasificación del Sobre Peso y la Obesidad. Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña
31. Antonio Gil Almira. Variación del Peso en el Embarazo. Medisan 2010;14(1):71
32. Manrique Leal Mateos, Loretta Glacomin, Luis Diego Pacheco – Vargas. Índice de Masa Corporal Pregestacional y Ganancia de Peso Materno y su Relación con el Peso del Recién Nacido. AMC vol 50(3),Julio – Setiembre 2008
33. Anemia en Gestantes del Perú y Provincias con Comunidades Nativas 2011. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
34. Infección del Tracto Urinario Dr. Segundo Octavio Díaz Goicochea, Instituto Nacional Materno Perinatal.
35. José Sandoval, Fanny Mondragón, Mónica Ortiz. Complicaciones Materno Perinatales del Embarazo en Primigestas Adolescentes: Estudio Caso – Control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34
36. Claudia Arispe, Mary Salgado, Guilana Tang, Carmen Gonzales, José Luis Rojas. Frecuencia de Control Prenatal Inadecuado y de Factores Asociados a su Ocurrencia. Rev. Med. Hered. V.22n4 Lima Oct./Dic. 2011.
37. Guía de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Colegio Médico del Perú.
38. Estado Nutricional en el Perú. Componente Nutricional ENAHO – CENAN julio 2009 – Julio 2010. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
39. Percy Pacora, Ytala Buzzio, Wilfredo Ingar, Alvaro Santivañez. El peso del recién nacido sano según edad gestacional en una población de Lima. An. Fac. med. v.66 n.3 Lima sep. 2005.

40. María Esther Ponce Matías. Características de a Infección del Tracto Urinario Recurrente en Gestantes del Instituto Materno Perinatal 2007.
41. Loretta Giacomini-Carniol, Manrique Leal Mateos, Rafael Angel Moya Sibaya. Anemia Materna en el Tercer Trimestre de Embarazo como Factor de Riesgo para Parto Pre término. Acta med. Costarric. Vol 51(1), enero – marzo 2009.
42. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los Servicios de Salud 2005 – 2008. Ministerio de Salud.
43. Aguilar Romero, Perez Herrezuelo, Malde Conde, Moreno Martínez, Bautista Gómez, Puertas Prieto. Parto del Gran Prematuro. Vías y Técnicas.

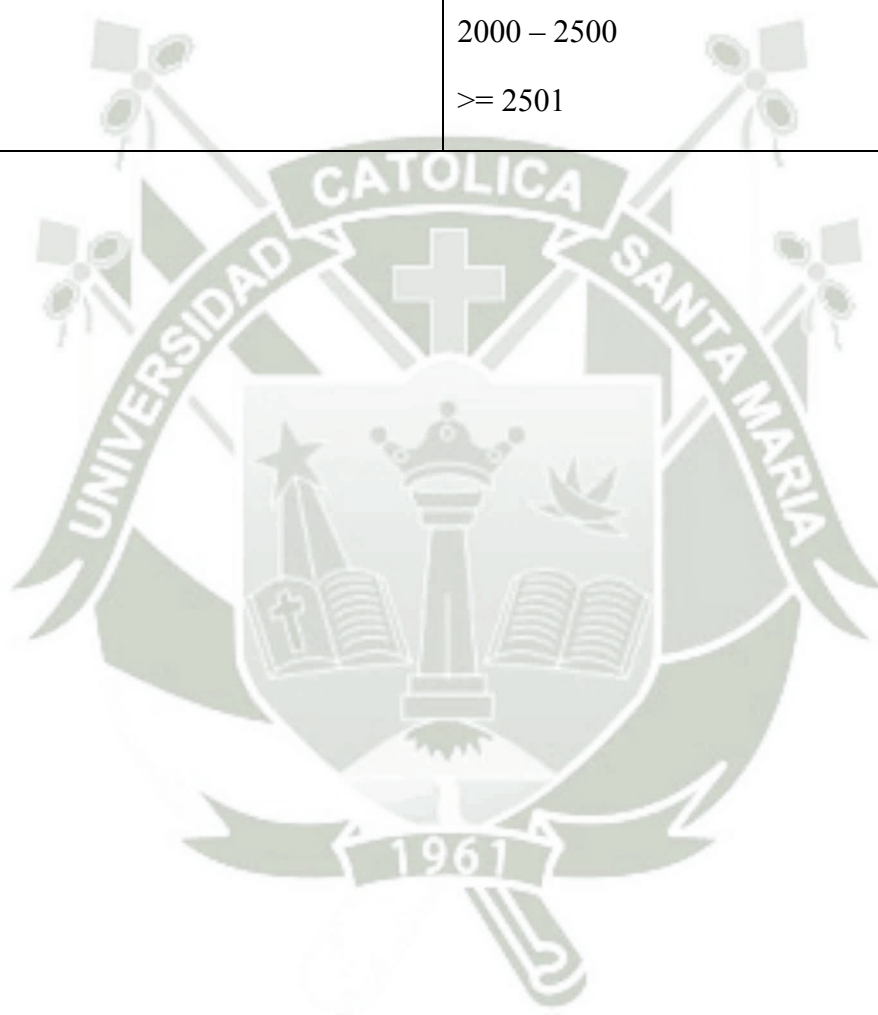




ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIA CLINICA N°	FECHA:
Edad Gestacional	_____ semanas
Controles Prenatales	_____ Controles
Presentación de Feto	Cefálica () Podálica ()
Grado de Instrucción de la Madre	Primaria () Secundaria () Superior ()
Tipo de Parto	Vaginal () Cesárea ()
Talla de la Madre	_____ cm.
Edad de la Madre	_____ años
ITU	Si () No ()
Anemia	Si () No ()
Índice de Masa Corporal	>2 DE () >1 a 2 DE () 1 a -2 DE () < -2 a -3 DE () < -3 DE ()

Estado Civil	Soltera () Conviviente () Casada ()
Peso del Recien Nacido	<= 1000 gr 1001 – 1500 1501 – 2000 2000 – 2500 >= 2501





UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



***“FACTORES RELACIONADOS A PARTOS PREMATUROS EN
GESTANTES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA.
ENERO 2011 – DICIEMBRE 2012”***

Autor:

RAMOS CALA DAYAND FABRICIO

Proyecto de tesis para optar el Título de Médico
– Cirujano

AREQUIPA – PERU

2013

PREAMBULO

El parto pre término se designa como aquel que ocurre antes de la semana 37 de edad gestacional, la incidencia de parto pre término es mayor en las adolescentes comparadas con la población general y guarda una correlación inversa con la edad de la madre, el nacimiento pre término es la mayor causa de morbilidad neonatal y pos neonatal. La inmadurez uterina y del cuello de útero predispondría a las adolescentes a infecciones subclínicas como vaginosis bacterianas o infecciones urinarias, con el consiguiente aumento de la secreción de prostaglandinas que estaría implicado en el incremento de la incidencia de parto pre término en esta población⁷.

Muchos estudios han demostrado una mayor incidencia de bajo peso al nacer (peso al nacer menor de 2,500 gramos) entre los hijos de madres adolescentes comparados con mujeres mayores. En estudios clínicos realizados en países en desarrollo, la incidencia de bajo peso al nacer (BPN) y/o muy bajo peso al nacer (MBPN, definido como peso menor a 1,500 gramos) en hijos de madres adolescentes está incrementada en relación a la incidencia en hijos de mujeres mayores, en particular cuando se asocian a baja edad gestacional⁷.

El embarazo en la adolescencia deriva de la conducta sexual de los jóvenes como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, el uso inadecuado de los anticonceptivos lo cual aumenta de manera considerable el embarazo en adolescentes en la última década.

Se designa embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida como adolescencia según la OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se le reconoce como embarazo precoz. Un informe realizado por la Organización Iberoamericana de la Juventud señaló que un 7.3% de los embarazos en

América Latina se produce en adolescentes entre los 15 y 19 años. Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes de estas edades⁷.

El embarazo no planeado en adolescentes puede provocar serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años como repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, el cual por lo cual generalmente es mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales¹⁷.



I. PLANTEAMIENTO TEORICO.

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado

¿Cuáles son los factores relacionados a parto prematuro en gestantes adolescentes en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los periodos Enero 2011 –Diciembre 2012?

1.2. Descripción del Problema:

a) Área de Conocimiento:

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gineco - Obstetricia
- Línea o Tópico: Partos Prematuros

b) Análisis y Operacionalización de Variables e Indicadores

VARIABLES	INDICADOR	VALORES	ESCALA / VARIABLE
Edad Gestacional	Semanas cumplidas al momento del parto	Semanas	Razón
Controles Prenatales	Número de controles hasta el momento del parto	Veces	Razón

Presentación del feto	Tipo de presentación al momento del parto	Cefálica Podálica	Categoría Nominal
Grado de Instrucción de la madre	Grado de instrucción de la madre	Primaria Secundaria Superior	Categoría Ordinal
Tipo de parto	Forma en la que nació el RN	Vaginal Cesárea	Categoría Nominal
Talla de la madre	Talla de la madre al momento del parto por historia clínica perinatal.	Centímetros	Razón
Edad de la madre	Tiempo de vida en años calculada desde nacimiento a la fecha. Por historia clínicaperinatal.	Años	Razón
ITU	Sedimento urinario	Si No	Categoría Nominal
Anemia	Hemoglobina al momento del parto	Miligramos por decilitro	Razón
Índice de Masa Corporal	Peso de gestante por historia clínica perinatal	Kilogramos por metro cuadrado	Razón
Estado civil de la Madre	Estado Civil según historia clínica perinatal.	Soltera Conviviente Casada	Nominal
Peso del Recién Nacido	Peso al nacer del producto según historia clínica.	Gramos	Razón

c) Interrogantes Básicas

1. ¿Cuál es la talla e índice de masa corporal de la madre adolescente en el momento del parto?
2. ¿Cuál es la edad, grado de instrucción y estado civil de la madre de la madre adolescente en el momento del parto?
3. ¿Cuál es el número de controles prenatales de la gestante adolescente al momento del parto?
4. ¿Cuál es la presentación del feto, tipo de parto y peso del recién nacido en gestantes adolescentes?
5. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes durante la gestación (ITU, Anemia) de las madres adolescentes en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
6. ¿Cuál es la frecuencia de partos prematuros en gestantes adolescentes en el hospital Hipólito Unánue de Tacna?
7. ¿Existirá relación entre los factores asociados y el parto prematuro en gestantes adolescentes?

d) Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo relacional, corte transversal y retrospectivo.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública, no solo asociados a trastornos orgánicos propios de la juventud moderna, sino porque están implicados factores socioculturales y económico que comprometen el binomio madre – hijo

En las últimas décadas la población adolescente en América Latina se ha incrementado considerablemente. El embarazo en la adolescencia constituye una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual tales como el inicio precoz de relaciones sexuales, desinformación y uso inadecuado de métodos anticonceptivos²⁰. Llegando a tener un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes asisten muchas veces a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal.

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a pre eclampsia, eclampsia, partos pre término, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto – pélvica, dificultades en el recién nacido. El 10% de los partos es en adolescentes, la mortalidad materna es 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 – 29 años²⁰.

Por eso ante el incremento de gestantes adolescentes es de interés investigar el impacto que supone el parto prematuro en gestantes adolescentes en el hospital Hipólito Unánue de Tacna así como reconocer los factores asociados a prematuridad. Las condiciones de cada paciente para reconocerlas y tratarlas de manera adecuada en las diferentes actividades de control prenatal y atención del parto en dicho hospital.

3. MARCO TEORICO.

3.1. PARTO PREMATURO O PREMATURIDAD:

3.1.1. DEFINICIÓN:

Parto es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gramos igual o mayor a las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. Se define como parto a término aquel que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas, parto pre término o parto prematuro es aquel que acontece entre las 22 y 36 semanas.

La amenaza de parto pre término consiste en la aparición de contracciones uterinas regulares, con un intervalo menor de 10 minutos, en una gestante de 37 semanas o menos de amenorrea debe existir presión de la presentación fetal en el segmento uterino inferior e inicio de modificaciones en el cérvix uterino, señalando algunos autores que puede haber borramiento del cérvix 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

En el trabajo de parto pre término, ya existen contracciones dolorosas palpables que duran más de 30 segundos y ocurre cuatro veces cada 30 minutos y produce las modificaciones cervicales en la posición, consistencia, longitud y/o dilatación del cérvix que consiste en el borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm. o más

Las estimaciones de la fecha probable de parto tienen un amplio margen de error. El momento de su inicio siempre es una incógnita que crea ansiedad y tiene en estado de alerta a la madre y al equipo de salud. Existe una serie de teorías acerca de las causas que desencadenan el parto.

Teoría fisiomecánica y neuroendocrina: El crecimiento uterino por aporte proteínico de actina y miosina principalmente, se define aproximadamente a las 36 semanas de la gestación, mientras que el crecimiento fetal continúa hasta el término. Esto provoca una progresiva distensión de las miofibrillas del cuerpo y segmento inferior del útero. Esta distensión pondría en acción a los barorreceptores locales que por vía neuronal estimularía los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo, los cuales liberarían en forma pulsátil oxitocina al torrente sanguíneo a este proceso se llamó reflejo Ferguson. La oxitocina circulante produciría el aumento paulatino de las contracciones de Braxton – Hicks que a su vez provocaría mayor distensión del segmento inferior con inicio del borramiento y dilatación cervical. Esto llevaría nuevos estímulos reflejos hacia la neurohipofisis manteniéndose así la secreción de oxitocina

Papel de las Prostaglandinas: Tiene una participación pero no son consideradas como las principales responsables del inicio del trabajo de parto. Estaría más relacionado con el mantenimiento de las contracciones del parto. Durante el trabajo de parto se observó un aumento de las prostaglandinas en el líquido amniótico en el plasma materno y en orina materna.

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. El trabajo de parto se divide en tres periodos: borramiento y dilatación, expulsión del feto, salida de los anexos.

Borramiento y Dilatación: El borramiento precede sobre todo en las nulíparas a la dilatación del cuello, este hecho se cumple por la disminución gradual de su espesor, desde arriba hacia abajo, hasta reducirse el orificio externo. En cambio en las multiparas el borramiento del cuello suele producirse simultáneamente con el proceso de dilatación y finaliza cuando este se ha completado. La dilatación no es regular, al principio hasta la mitad de su abertura el cuello se deja dilatar con más lentitud, después de vencida su elasticidad la dilatación progresa con mayor rapidez. Para realizar la primera

mitad de la dilatación se requiere aproximadamente dos tercios del tiempo necesario para llegar a la dilatación completa. Durante el curso del borramiento el anillo vaginal que rodea al cuello en forma circular sufre una dilatación progresiva tal que cuando el periodo de borramiento termina el anillo vaginal alcanza 3-4 cm. De diámetro

La pérdida por la vulva de una sustancia mucosa espesa de aspecto herrumbroso significa la expulsión del tapón mucoso

3.1.2. FACTORES DE RIESGO:

Se reconocen muchos factores de riesgo que estarían relacionados a parto prematuro, siendo los siguientes:

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad materna < 18 años o > 40 años
- Estrés
- Abuso doméstico
- Violencia familiar
- Alcoholismo
- Abuso de sustancias tóxicas
- Bajo índice de masa corporal pre gestacional
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Tabaquismo
- Antecedentes de fetos muertos y/o partos pre término anteriores
- Embarazo múltiple
- Antecedente de aborto tardío
- Factores uterinos
- Colonización cervical por gérmenes
- Traumatismos

- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.

Para el presente trabajo se consideraran:

3.1.2.1. La incidencia de bajo peso al nacer es más del doble que la encontrada en gestantes adultas; y en adolescentes menores de 17 años de edad la incidencia de parto pre término aumenta en un 50%. Con un interés pronóstico se clasifica a los pre término, según las semanas de gestación en: moderado (33 – 36 semanas), muy pre término (28 – 32 semanas) y extremadamente pre término (< 28 semanas)

3.1.2.2. Edad: No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pre término de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre las menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajo peso, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

Según los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2007, en el país existen 160 mil 258 madres cuyas edades es entre 12 a 19 años de edad. Del total de madres de este grupo de edad: 4 mil 562 son niñas madres, es decir, tienen entre 12 a 14 años de edad y 155 mil 696 tienen entre 15 a 19 años. Las mayores tasas de maternidad adolescente se presentan en los departamentos de la Selva, principalmente en Loreto, Ucayali, San Martín y Madre de Dios, donde más del 20% de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad ya experimentaron la maternidad. La menor incidencia de maternidad en la adolescencia se observa en la Provincia Constitucional del Callao, Lambayeque, Lima, Tacna, Puno y en Arequipa¹⁰.

3.1.2.3. Presentación al nacer: Las mujeres con trabajo de parto pre término tienen mayor probabilidad de tener fetos en presentación podálica que

aquellas a término y cuanto más temprano es sea el trabajo de parto, mayor la probabilidad de presentar distocias de la presentación. Los fetos en presentación podálica, sobre todo los menores a 32 semanas, en el parto vaginal están más predispuestos a tener prolapso de cordón, traumatismo muscular esquelético, prolapso y retención de la cabeza misma.

Existe poca evidencia de que la cesárea en niños pre término con presentación cefálica sea beneficiosa. En la mayoría de instituciones todos los niños pre término con presentación podálica nacen por cesárea. Por lo tanto en niños pre término con presentación de vertex, la indicación de cesárea es la misma que en los niños nacidos a término.

3.1.2.4. Control prenatal: La maternidad precoz puede poner en peligro la salud de las adolescentes. Las complicaciones de la maternidad y el aborto figuran entre las cinco causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. Los niños nacidos de madres adolescentes hacen frente a un riesgo más elevado de mortalidad ya que las madres jóvenes con menos escolaridad tienen menores posibilidades de empleos para mantener una condición nutricional satisfactoria para sus hijos. Según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES, el 57,8% de las adolescentes embarazadas fueron atendidas en su control prenatal por una obstetra, en tanto el 22,7% recibió atención de parte de un médico, el 11,3% fue atendida sea por una enfermera o sanitario o promotora; mientras que el 4,5% declaró no haber recibido atención prenatal, lo que implica poner en riesgo su salud y la de su hijo

3.1.2.5. Colonización cervical por gérmenes: Corioamnionitis es un componente importante en muchos casos de parto prematuro y también se ha relacionado la vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis*. Además las infecciones del conducto genital a menudo se relacionan con la rotura prematura de membranas¹⁷.

3.1.2.6. Violencia Familiar y Bajo Nivel Socioeconómico: La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una adecuada comunicación padre – hija, con nivel educativo bajo. Por lo tanto gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar²⁴.

3.1.2.7. Anemia: Microcítica hipocromica se distingue una de las principales complicaciones más frecuentemente en el embarazo y más común en las mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad. La atención prenatal tardía o deficiente, incrementa el riesgo de presentar anemia por la deficiencia de hierro²⁴.

3.1.2.8. Escasa Ganancia de Peso Materno: El estado nutricional materno es importante factor que incide sobre el crecimiento prenatal y el peso en el recién nacido, la gestante adolescente al estar creciendo y no haber completado su madurez fisiológica sus requerimientos nutricionales son mayores que la mujer adulta y estos a su vez compiten con las necesidades de obtener nutrientes para el crecimiento del feto, se ha demostrado que la ganancia de peso durante el embarazo es un indicador importante para predecir la futura salud del recién nacido, si esta ganancia de peso es escasa, es obvio que el neonato tendrá más vulnerabilidad a cualquier mortalidad que puede presentarse²⁴.

3.1.2.9. Infección Urinaria: Encontrada frecuentemente en el embarazo adolescente, la leucorrea y las vulvovaginitis están entre las afecciones en las adolescentes, es una realidad mundial la mayor frecuencia de infecciones genitales incluyendo las de transmisión sexual, siendo este grupo más susceptible por el mayor numero de contactos sexuales sin las medidas de protección adecuadas²⁴.

3.1.3. DIAGNOSTICO

La identificación de parto pre término podría ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Los síntomas y signos incluyen: contracciones frecuentes (más de 4 por horas), calambres, presión pelviana, excesivo flujo vaginal, dolor de espalda y dolor abdominal bajo. Los síntomas suelen ser inespecíficos.

El diagnóstico debe realizarse en pacientes entre 22 a 36 semanas y seis días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: RPM, dilatación cervical > 2 cm., borramiento cervical del 50% o cambios cervicales detectados en exámenes seriados.

3.1.4. PREDICTORES DE PARTO PREMATURO

3.1.4.1. FIBRONECTINA FETAL: Es una glicoproteína producida por la membrana coriónica que se localiza en la decidua basal adyacente al espacio intervelloso. Su objetivo principal parece el de una molécula de adhesión que favorece la unión entre las membranas coriónicas con la decidua materna contigua. Puede encontrarse normalmente en la secreción cervico-vaginal en las primeras 22 semanas de gestación a menos que el cuello se haya borrado y dilatado prematura, generalmente en asociación de contracciones uterinas sintomáticas.

La mayor utilidad de esta prueba es en pacientes con parto pre término sintomático, en las que un valor predictivonegativo oscila entre 69 y 92% con 37 semanas como resultado. Un resultado de fibronectina negativo confiere más del 95% de posibilidad de que no habrá nacimiento pre término en los siguientes 14 días¹³.

3.1.4.2. LONGITUD CERVICAL POR ULTRASONIDO: La valoración por ultrasonido de la longitud cervical permitirá distinguir entre mujeres que entrarán en trabajo de parto pre término y las que no dentro de un periodo de 7 a 14 días. Mujeres con longitud cervical > 30mm es poco probable que entren en trabajo de parto prematuro. En comparación si el cuello era < 30mm de longitud el riesgo de nacimiento de parto pretérmino¹³.

3.1.5. MANEJO DEL PARTO PRETERMINO

Parte inicial del parto pre término es catalogar estrictamente el caso estableciendo para ello la edad gestacional, determinada tanto por la clínica como por los estudios ecográficos realizados durante la gestación.

El examen clínico abarca el estado general y clínico de la madre y el bienestar fetal. El examen genital incluirá la evaluación con espejo, para visualizar el cuello uterino y observar o no la presencia de líquido amniótico. Reposo en decúbito lateral, en ambiente aislado y tranquilo.

El empleo de agentes tocolíticos en el trabajo de parto prematuro es frecuente mente innecesario a menudo inefectivo. Los agentes tocolíticos serán usados raramente en embarazos lejos de termino porque la eventual prolongación del embarazo es limitado y el neonato tiene una mínima chance de sobrevivir con menos de 23 semanas. Por otro lado la morbi mortalidad neonatal es baja después de completar las 34 semanas.

- A pesar de que el reposo es ampliamente usado no existe evidencia convincente de que reduzca el número de partos pre término. Se prefiere el decúbito lateral izquierdo. Dada la poca evidencia y la baja probabilidad de efectos adversos se plantea continuar con la indicación de reposo hasta la existencia de trabajos que definan su utilidad.

- La administración rápida de fluidos bloquea la liberación de ADH y oxitocina, por la expansión de volumen sanguíneo
- Nifedipino: Se suministrará vía oral 10 o 20 mg. como dosis inicial, seguido de 10 mg. cada 4 – 6 horas. Otro régimen recomendado es administrar 10mg. cada 20 minutos por 3 dosis, seguida de 20mg. vía oral cada 4 – 8 horas
- Atosiban: Se administra en forma de bolo IV de 6.75mg seguido de inmediatamente por 300ug/min en infusión IV por 3 horas y luego 100ug/min por más de 45 horas. La duración del tratamiento no debe exceder las 48 horas.
- Indometacina: Se administra en pacientes con gestación menor de 32 semanas, se administra por vía oral o rectal 50 a 100mg seguida por 25mg. cada 4-6 horas, durante un lapso no mayor de 48 horas.
- Maduración Pulmonar Fetal: La terapia con corticoides para la inducción de la maduración pulmonar fetal disminuye la mortalidad, la evidencia respalda el uso de glucocorticoides entre las 24 – 34 semanas. Los esteroides comúnmente empleados para mejorar la madurez pulmonar fetal son la Betametasona y dexametasona. La Betametasona se emplea 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis, en cambio la Dexametasona se emplea 6mg intravenosa cada 6 horas por cuatro dosis²¹.

3.2. GESTANTES ADOLESCENTES

3.2.1. DEFINICIÓN

La pubertad en las mujeres se marca con la menarca, prueba de que el sistema hormonal ha comenzado a funcionar, en la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y del control y la hipófisis que es el director de todo el sistema hormonal. Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona foliculo estimulante (FCH) y la hormona luteinizante (IH)¹.

Con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales, los ovarios, se ponen en funcionamiento. Estos a su vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, todo esto se realiza en forma lenta, y poco a poco los genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductiva. El primer papel de los estrógenos es de producir la aparición del vello y estimular el crecimiento de los pechos¹.

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo – hipofisiario es inmaduro durante los 3 primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones son irregulares; el útero es de menores dimensiones; el esqueleto no ha terminado de adquirir su tamaño definitivo, destacándose la pelvis que no tiene la inclinación y sus diámetros están en el límite de la normalidad, esto lleva a dificultades e inadecuaciones feto – maternas que lo hace un embarazo de alto riesgo¹.

La sexualidad se intensifica con la pubertad y ocupa un lugar central en el desarrollo adolescente. La pubertad como ya es sabido trae consigo no solo diferencias físicas más notorias entre varones y mujeres, en los países desarrollados el embarazo en adolescentes solteras puede conducir a un

matrimonio forzado antes que los miembros de las parejas estén listos para unirse lo que da lugar a mayores probabilidades de divorcio como sucede a menudo al enfrentar un futuro social económicamente deficiente. Dentro de los factores que hacen que un adolescente se convierta en madre están en visualizar la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual. Los riesgos de enfermedad y muerte para la madre adolescente y su hijo son mayores mientras más joven es la madre

La frecuencia de embarazos en adolescente depende de la región y el nivel de desarrollo de los países. El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo deseado o no, para comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de los adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa, hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. En Estados Unidos el embarazo en adolescentes representa el 12.8% del total de embarazos, en Chile 15.2%, en el Salvador 25%, se han reportado cifras tan altas como 45% en los países africanos²⁴. En el Perú la frecuencia de embarazos en adolescentes varía de una región a otra siendo la Costa 13.3%, en la Sierra 15.1% y 30.8% en la Selva.

El 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embaraza y ocurre el 60% de estas gestiones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de relaciones sexuales²⁴. Además debemos añadir que alrededor del 35 % de las madres adolescente son solteras y que el 50% de las madres solteras son adolescentes, si añadimos que entre el 60 y 70% de los embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno

3.2.2. FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN EL INICIO DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE:

- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana
- Mala o deficiente comunicación de los padres
- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad
- Problemas entre los padres
- Padres que viven separados
- Ser hijo o hija de madre adolescente

3.2.3. OTROS FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

- Pertenencia a zonas rurales
- Nivel económico y social
- Practicar alguna religión
- Influencia de grupo de amigos
- Influencia de televisión, radio, revistas

3.2.4. CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

- ***Adolescencia Temprana (10 a 13 años)***
 Biológicamente, es el *periodo peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física¹⁹.

- ***Adolescencia media (14 a 16 años)***

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda¹⁹.

- ***Adolescencia tardía (17 a 19 años)***

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes¹⁹."

En la ***adolescencia temprana***, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres.

En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*, Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo.

En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. Dentro de las consecuencias para los hijos de las madres adolescentes tenemos un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "*muerte súbita*". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional

3.2.5. COMPLICACIONES EN GESTANTES ADOLESCENTES

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a pre eclampsia, eclampsia, partos pre término, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa³.

Los problemas de salud más visibles que afectan a la mujer adolescente embarazada, particularmente a las más jóvenes, están asociados con un incremento de complicaciones médicas, que incluyen: la anemia, malnutrición, hipertensión,

eclampsia, parto prolongado u obstruido con trauma obstétrico y obvio daño cerebral para el niño debido al desarrollo óseo incompleto de la joven, entre otros.

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

3.2.6. NUTRICIÓN EN GESTANTE ADOLESCENTE

Las adolescentes constituyen un grupo de riesgo y requieren generalmente una intervención nutricional en etapas precoces. El embarazo en adolescentes se asocia con bajo peso al nacer ya que ellas retienen parte de los nutrientes para sus propias necesidades a expensas del feto. La ingesta de hierro, zinc, calcio, folatos, vitamina C y vitamina A suele estar bajo las recomendaciones. Se debe hacer adaptaciones en la dieta de las adolescentes privilegiando alimentos con alta densidad.

Los lácteos y los alimentos que aporten calcio deben ser recomendados especialmente ya que parte del crecimiento de la madre puede darse durante el embarazo. Un adecuado control nutricional de la embarazada adolescente puede proteger de problemas tales como prematuridad, cesáreas, bajo peso al nacer, anemia²³.

3.2.7. CONTROLES PRENATALES

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar, la evolución del embarazo y obtener una adecuada

preparación para el parto y la crianza¹¹. Con el control prenatal se persigue: la detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, la preparación psicofísica para el nacimiento, la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública. El primer control prenatal incluye un interrogatorio que realiza el profesional en forma muy cuidadosa, acerca de los antecedentes de la embarazada y su familia. En los controles subsiguientes se llevará a cabo las siguientes acciones:

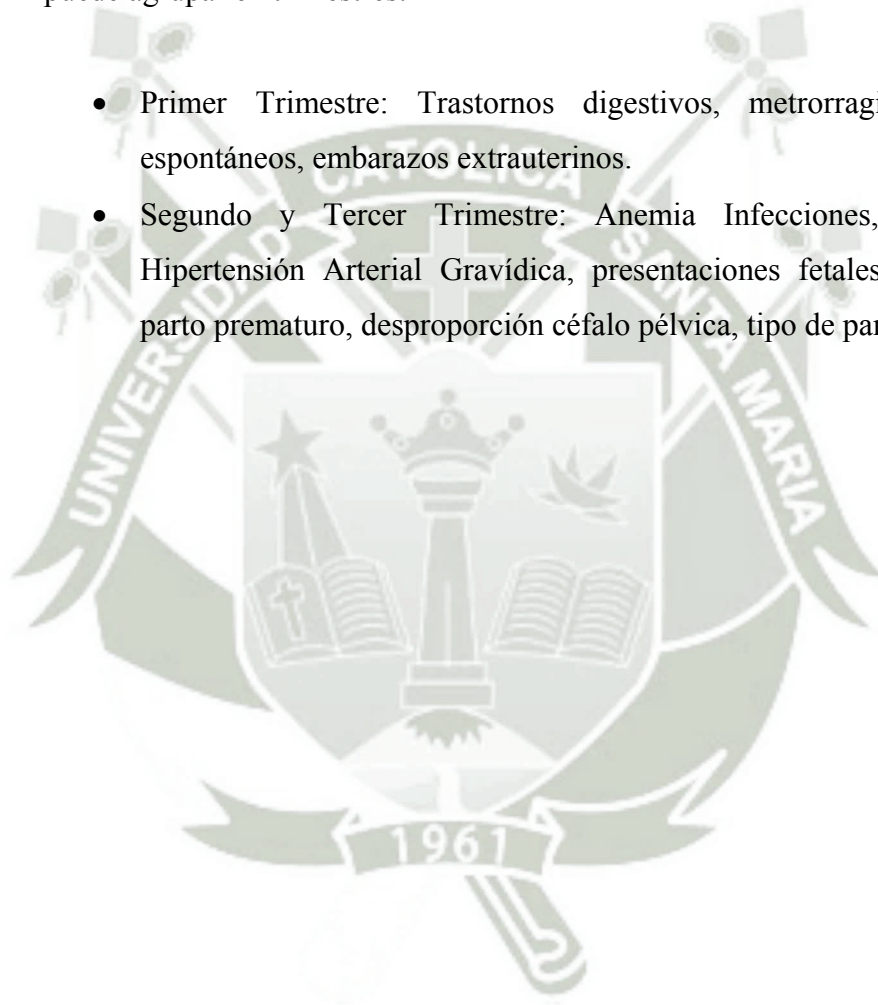
- Acciones generales: Obtención de la historia clínica realizada en el primer control, evaluación de los análisis de laboratorio, control de peso, pulso, y presión arterial.
- Acciones educativas

Acciones específicas: Anamnesis dirigida a detectar la aparición de los movimientos fetales o la presencia y desaparición de los mismos: hemorragia, amenaza de parto prematuro, infección urinaria, o elementos de toxemia gravídica. Examen clínico general. Examen clínico obstétrico. Medición de la altura uterina con cinta métrica. Auscultación de los latidos cardíacos fetales después de las 26 semanas. Diagnóstico de la presentación fetal después de las 32 semanas.

Exámenes de las regiones lumbares en busca de signos de infección urinaria. Tacto genital (cuando corresponda). Análisis de laboratorio. Examen de orina en todas las consultas. Reacciones para la detección de sífilis en el tercer trimestre. Vacuna antitetánica luego del cuarto mes de embarazo.

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales se los puede agrupar en trimestres:

- Primer Trimestre: Trastornos digestivos, metrorragias abortos espontáneos, embarazos extrauterinos.
- Segundo y Tercer Trimestre: Anemia Infecciones, Urinarias, Hipertensión Arterial Gravídica, presentaciones fetales distócicas, parto prematuro, desproporción céfalo pélvica, tipo de parto,



4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Título: Factores de Riesgo para Parto Pre término Espontaneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N°2 Yarinacocha – Pucallpa

Autor: Riva Reátegui, Norma Soledad

En el Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa se realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo para parto pre término espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas durante el período comprendido entre enero del 2001 y diciembre del 2003. Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pre término con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La incidencia de parto pre término fue 12,1% y el tipo más frecuentemente observado fue el parto pre término 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 urbano marginal y riesgo social alto. Los factores que incrementaron el riesgo de parto pre término espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pre término (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pre término 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 actual. Se concluyó que la Vaginosis Bacteriana, el antecedente de parto pre término y el antecedente de amenaza de parto pre término durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto pre término espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas.

Título: Incidencia y Complicaciones Maternas, Fetales y Neonatales Más Frecuentes en Gestantes Adolescentes Atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Enero 2010 – Enero 2011

Autor: Dr. Tamariz Bejar, Ana Melina

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madres y mantener una relación de pareja estable. Según la Organización Mundial de la Salud(OMS) la adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años e incluye la adolescencia inicial o temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años). El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública sobre todo en los países en vías de desarrollo como el nuestro donde el embarazo en adolescentes ocurre cada vez más en edades más tempranas. Por las repercusiones médicas y sociales, el embarazo en la adolescencia es considerado un embarazo de alto riesgo.

Está además relacionado con múltiples complicaciones que amenazan la salud y vida tanto de la madre como del producto, entre ellas la hipertensión inducida por el embarazo , abortos, anemia, hemorragias, aumento de la incidencia de cesáreas, los trastornos metabólicos y respiratorias del neonato, sepsis, bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional, entre otras descritas en la literatura. La frecuencia de embarazos en adolescentes depende de la región y nivel de desarrollo de los países, en Estados Unidos el embarazo en adolescentes representa el 12.8% del total de embarazos, en Chile 15.2% en el Salvador 25%, se ha reportado cifras tan altas como 45% en los países africanos.

En el Perú la frecuencia de embarazos en adolescentes varía de una región a otra, siendo en la Costa 13.3%, en la Sierra 15.1% y 30.8% en la Selva. Es necesario hacer conocer el embarazo en adolescentes como un problema de interés para los gobiernos nacionales, regionales y locales que tomen en cuenta o dirijan sus acciones para contribuir con la solución. Se realiza un estudio analítico comparativo de casos y control, prospectivo en el Servicio de Obstetricia del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con el objetivo de determinar la incidencia y

complicaciones maternas, fetales y neonatales más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el periodo de Enero de 2010 a Enero de 2011; con la finalidad de contribuir a reconocer sus problemas y a mejorar su calidad de vida.

Título: Determinantes de Riesgo Obstétrico y Perinatal que Aumentan La Incidencia de Parto Pre término: Una Visión Epidemiológica en el Embarazo de Mujeres Adolescentes Atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba Durante el Año 2008

Autor: Paredes Nájera María Elisa

País: Ecuador

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal con la investigación de 48 historias clínicas atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba Durante el Año 2008, con el objeto de contribuir al análisis del problema del embarazo en la adolescencia y establecer los factores de riesgo o la causalidad del parto pre término con vistas al reconocimiento epidemiológico del perfil de riesgo relacionado con la edad.

Para el análisis estadístico se usó Microsoft Excel, observándose que la mayor incidencia de amenaza de parto pre término es en la adolescencia tardía (17- 19 años) con 72.09%, debido a una multicausalidad, siendo las principales el bajo control prenatal con 50%, repercutiendo en la aparición de otras patologías que en asociación representan vaginosis más infección de vías urinarias 12.5%, anemia más vaginosis 8.33%, así también de forma independiente, se presentó infección de vías urinarias, anemia y vaginosis con 12.5% cada una.

Se evidenció una predominancia del 50% de bajo peso mediante el normograma SISVAN entre gestantes adolescentes junto al deterioro del factor económico ya que se encontró el 85.42% entre estadio regular y malo.

Puede concluirse que la adolescencia es un grupo mayormente afectado por su indivisible epidemiología y que es necesario un adecuado y eficaz control prenatal para la detección temprana de factores de riesgo y reproductivos

Título: Características ecográficas del cuello uterino y su relación con parto pre término en embarazadas con amenaza de parto pre término. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto

Autor: Waldely Pirona Morillo

Se determinó las características del cuello uterino por ecosonografía transvaginal de la semana 21 a la 32 de gestación, en embarazadas con amenaza de parto pretérmino y su relación con el trabajo de parto pre término, en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, se diseñó un estudio descriptivo transversal. La población de 21558 pacientes y se tomó una muestra tipo intencional de 100 pacientes, excluyéndose del estudio 2 pacientes, conformada por las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia 1, con amenaza de parto pre término entre las 21 y 32 semanas de gestación y dieron un consentimiento por escrito entre el mes de Mayo del 2007 hasta Enero del 2008 para el estudio, a las cuales se les caracterizo por ecosonografía transvaginal el cuello uterino, se cuantificó el tiempo transcurrido hasta el parto al revisar posteriormente las historias de cada paciente. Del total de pacientes con amenaza de parto pre término estudiadas distribuidas de acuerdo a edad gestacional en al que ocurre el parto, el 27.3% fueron recién nacidos pre término. En cuanto a las características del cuello, la forma del orificio cervical en U, tuvieron parto pre término en un 29.2% con una significancia estadística (0.01) y un promedio de 3.1 semanas +/- 3.9 semanas para la aparición del parto, cuando está presente esta característica; para la longitud cervical también se observó relación directa con el parto pre término con $r= 0.50$ con un promedio de longitud de 26.9 +/- 7.4 mm ($p= 0.001$). es de gran importancia comprobar que se puede utilizar las características cervicales por ecografía transvaginal como un factor pronostico, en especial la longitud cervical y la forma, se recomienda realizar de rutina la evaluación cervical a través del Score propuesto en este estudio en pacientes con amenaza de parto pre término, para así identificar realmente quienes

tienen alto riesgo para parto pre término e intervenir a tiempo en esta patología y reducir la morbi-mortalidad que causa el parto pre término en la Institución

Título: Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre término atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008

Autor: Elsa Vela Arévalo

OBJETIVO: Analizar la influencia de la violencia basada en género en el parto pre término en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2007

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles, se estudió 60 púerperas; divididos en 30 casos de parto pre término y 30 controles púerperas de parto a término. La información fue recogida mediante la entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizó para las variables cualitativas la razón de proporciones, en las cuantitativa el promedio y la desviación estándar. Para la estadística inferencial se utilizó chi 2 en las variables cualitativas y en las cuantitativas t-student significativos a un $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se encontró diferencia significativa en no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. ($p=0.01$). El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa sobre el parto pre término. El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pre término (OR=0.63 IC 95%: 0.21 a 1.88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pre término que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.080$ IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pre término (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55).

CONCLUSIÓN: No encontramos evidencia para la influencia de la violencia psicológica y física con respecto al parto pre término; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pre término en mujeres con violencia sexual.

PALABRAS CLAVES: Violencia basada en género, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, parto pre término

Título: Factores de Riesgo Obstétricos en el Embarazo de Adolescentes, Hospital Nacional Dos de Mayo. Año 2003

Autor: Dr. Félix Choque Mamani

El presente es un estudio retrospectivo y comparativo, a través de un estudio de casos y controles, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2003, en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio.

Se analizan diversas variables, y se hace una completa revisión del tema en base a la literatura nacional y extranjera. Al realizar el estudio estadístico de los resultados obtenidos, observamos que la mayoría de las variables presentan diferencias porcentuales en cuanto a la frecuencia. Sin embargo, las que con mayor frecuencia presentaron las adolescentes al compararlas con embarazadas de 20 a 26 años, son; la infección del tracto urinario, el desprendimiento prematuro de placenta, el trabajo de parto prolongado, la cesárea, y los recién nacidos con puntaje Apegar menor de siete, siendo, los únicos con significancia estadística, la anemia, la infección del tracto urinario, el Síndrome hipertensivo del embarazo y los recién nacidos grandes para la edad gestacional, con un $p < 0.05$; Es necesario plantear estudios futuros en las embarazadas de 13 y 19 años, adoptar políticas de salud con enfoque de atención integral y multidisciplinaria.

Palabras claves: Embarazo en adolescentes, factores de riesgo.

5. OBJETIVOS

5.1 General

Determinar los factores de riesgo relacionados a parto prematuro en gestantes adolescentes en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue Tacna.

5.2 Específicos:

1. Determinar el peso, talla e índice de masa corporal de la gestante adolescente en el momento del parto
2. Establecer la edad, grado de instrucción y estado civil de la gestante adolescente en el momento del parto
3. Establecer el número de controles prenatales de la gestante adolescente en el momento del parto
4. Establecer la presentación del feto, tipo de parto y peso del recién nacido de la gestante adolescente en el momento del parto
5. Determinar las complicaciones (ITU, Anemia) de las gestantes adolescentes en el momento del parto
6. Establecer la frecuencia de parto prematuro en gestantes adolescentes.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS:

En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documental, basada en el estudio de las historias clínicas perinatales seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión, de las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

1.2. INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se utilizarán serán la ficha de recolección de datos considerados según los objetivos del estudio.

1.3 MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

- Historia clínica perinatal
- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

El presente estudio se realizará en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

La investigación se realizara entre los periodos comprendidos entre Enero del 2011 – Diciembre del 2012

3. UNIDADES DE ESTUDIO:

3.1.UNIVERSO: Todas las gestantes adolescentes cuyo parto fue atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el periodo de estudio 2011 – 2012, que reúnan los criterios de selección.

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

4.1.CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Gestantes adolescentes entre las edades de 10 a 19 años cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los periodos Enero 2011 – Diciembre 2012.

4.2.CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Gestantes con edad gestacional menor o igual a 22 semanas
Historias clínicas incompletas o ilegibles.
Historias clínicas ausentes en el archivo.

5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. ORGANIZACIÓN

Coordinación con la Dirección del Hospital Hipólito Unánue con el objetivo de tener acceso a las historias clínicas perinatales de las gestantes adolescentes para luego proceder a recolectar la información necesaria

Se realizará una revisión de manera retrospectiva, únicamente, las historias clínicas perinatal de las gestantes que se encuentran dentro de la población de estudio.

Se investigara las características que presentan los pacientes como semanas de gestación, controles prenatales, edad de la gestante, presentación del recién nacido, peso del recién nacido, grado de instrucción de la madre, grado de instrucción de la madre, índice de masa corporal y estado civil.

5.2. RECURSOS HUMANOS:

5.2.1. HUMANOS:

- Investigador
- Asesor
- Estadístico
- Tabuladores

5.2.2. MATERIALES

- Ficha de recolección de datos
- Historias Clínicas perinatales del Hospital Hipólito Unánue

- Material de escritorio: Papel Bond A4, lapiceros, lápices, borradores, anillado, folder
- Empastado
- Impresión
- Computadora personal con programas procesadores de texto base de datos y software estadístico.

5.2.3. FINANCIEROS:

- Auto financiamiento con recursos propios

5.3. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

5.3.1. PLAN DE PROCESAMIENTO:

Los datos que se han registrado de los aspectos epidemiológicos, clínicos y tratamientos en las pacientes gestantes adolescentes que presentaron parto prematuro serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación

5.3.2. PLAN DE ANALISIS:

El análisis de la información recolectada será analizado usando el paquete estadístico EPI-INFO VERSIÓN 6.0. Se utilizará la estadística descriptiva con frecuencias relativas, porcentajes y se presentara en tablas para su análisis y posterior discusión.

Asimismo, para encontrar la relación entre las variables y los factores, se realizara comparación de variables categóricas usando el estadístico mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson y T de Student, ambos a un 95% de confianza.

PRESUPUESTO

Recursos humanos

Personal Investigador de apoyo	Cantidad	Costo
Asesor	1	S/ 500
Estadístico	1	S/ 500
Tabulador	1	S/ 50
Subtotal	3	S/ 1050

Recursos Materiales

Denominación	Cantidad	Costo
Papel Bond A-4	1 millar	S/ 30
Lapiceros	5 unidades	S/ 5.00
Lápices	5 unidades	S/ 5.00
Borradores	5 unidades	S/ 5.00
Computadora	1	S/ 50
Calculadora	2	S/ 10
Anillado	2	S/ 7.00
Empastado	2	S/ 25
Impresión	2	S/ 20
Fólderes	2	S/ 5.00
Subtotal	27	S/ 162

Total: S/. 1212

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013
Proyecto Inicio	X	X	X							
Elaboración de proyecto			X	X	X	x				
Presentación							X			
Aprobación								X		
Ejecución de Fichas									X	
Tabulación									X	
Informe									X	
Aprobación										
Sustentación										

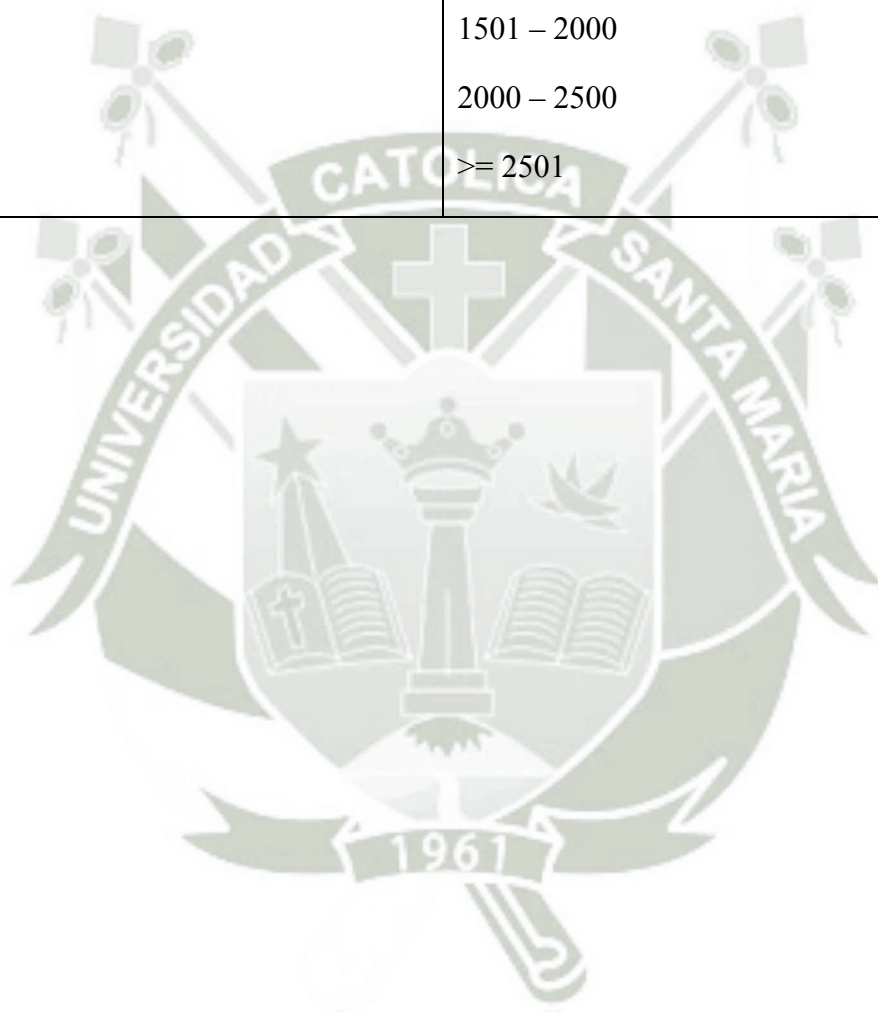
ANEXO

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIA CLINICA N°	FECHA:
Edad Gestacional	_____ semanas
Controles Prenatales	_____ Controles
Presentación de Feto	Cefálica () Podálica ()
Grado de Instrucción de la Madre	Primaria () Secundaria () Superior ()
Tipo de Parto	Vaginal () Cesárea ()
Talla de la Madre	_____ cm.
Edad de la Madre	_____ años
ITU	Si () No ()
Anemia	Si () No ()
Índice de Masa Corporal	>2 DE () >1 a 2 DE () 1 a -2 DE () < -2 a -3 DE ()

	< -3 DE ()
Estado Civil	Soltera () Conviviente () Casada ()
Peso del Recién Nacido	<= 1000 gr 1001 – 1500 1501 – 2000 2000 – 2500 >= 2501



BIBLIOGRAFIA

1. Schwarcz Ricardo, Fesina Ricardo, Duverger Carlos Obstetricia 2005
2. Juan Morales, Cesar Gutierrez, Casilda Mitma, Tania Siancas Haydee Palomino. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho 2004 – 2008
3. Riscarle Manrique, Airlen Rivero, Magaly Ortunio, Marianela Rivas, Rosa Cardozo, Harold Guevara. Parto Pretérmino en Adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149
4. Keril Guillermo Castrillo Cárdenas, Daniel Zúñiga Ramirez, Freddy Arrieta Viales. Experiencias en el Manejo del Parto Pretérmino. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (592)145-149 2010
5. Lic. Sandra Rivera Alvarado. Embarazo en Adolescentes 2003
6. Dr. Feliz Choque Mamani. Factores de Riesgo Obstétrico en el Embarazo de Adolescentes, Hospital Nacional Dos de Mayo, Año 2003
7. Enf. Mercedes Rodríguez Pérez, Lic. Mirza Mora Rodríguez, Lic. Isabel Mora Vera. Embarazo en la Adolescencia y su Relación con el Recién Nacido Bajo Peso Rev. Cubana Enfermer 2001;17(2):101-6
8. Dr. Angel García Alonso López, Dr. Sergio Rosales Ortiz, Dr. Guillermo Jiménez Solís. Guía Práctica Clínica Diagnostico y Manejo del Parto Pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia 2008
9. Josefina Lira Plascencia, Héctor Oviedo Cruz, Marcela Zambrana Castañeda, Francisco Ibargüengoita Ochoa, Roberto Ahued Ahued. Implicaciones Perinatales del Embarazo en la Mujer Adolescente. Ginecol Obstet Mex 2005;73:407-14
10. Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes 2007, Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima 2010
11. Dr. Sergio Girado Llamas. Protocolo Control Prenatal
12. Verónica Alexandra Oñate Castro. Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas Atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga. Ambato 2011
13. Waldely Mariam Pirona Morillo. Características Ecográficas del Cuello Uterino y su Relación con Parto Pretérmino en Embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino.

- Hospital Central Universitario “ Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto.
Braquismeto 2008
14. Elsa Vela Arévalo. Influencia de la Violencia Basada en Genero en Mujeres con Parto Pretérmino Atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo Octubre 2007 – 2008.
 15. Silvina Analía Soledad Lescano, María Selva Vallejos Arce. Características del Recién Nacido en Madres Adolescentes. 2005
 16. María J. Ventura, María C. Raimundo, Marcelo M. Fernández Coutinho. Bajo Peso al Nacer y Prematurez en Hijos de Madres Adolescentes de un Centro Maternoneonatal de la Ciudad de Corrientes. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina N° 205 – Febrero 2011
 17. María Gabriela Ulanowicz, Karina Elizabeth Parra, Gisela Elizabeth Wendler, Dra. Lourdes Tisiana Monzón. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina N° 153 – Enero 2006
 18. Norma Soledad Riva Reategui. Factores de Riesgo para Párto Pretérmino Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa. Lima – Perú 2004
 19. María Elisa Paredes Najéra. Determinantes de Riesgo Obstétrico y Perinatal que Aumenta la Incidencia de Parto Pretermino: Una Visión Epidemiológica en el Embarazo de Mujeres Adolescentes Atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba Durante el año 2008. Riobamba – Ecuador 2009
 20. Claudia Urbina, José Pacheco. Embarazo en Adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet 2006;52(1):118-123
 21. José Pacheco. Parto Pretérmino: Tratamiento y Las Evidencias Rev Per Ginecol Obstet 2008;54:24-32
 22. Luis Alberto Villanueva Egan, Ada Karina Contreras Gutiérrez, Mauricio Pichardo Cuevas, Jaqueline Rosales Lucio. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. Rev. Ginecol Obstet 2008; 76(9): 542 – 8
 23. Ricardo Uauy, Eduardo Atalah, Carlos Barrera, Enesto Behnke; Alimentación y nutrición durante al Embarazo

24. María Lorena Nolazco, Laura Yudith Rodriguez. Morbilidad Materna en Gestantes Adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina – N° 156 – Abril 2006.
25. Paul León, Matías Minassian, Rafael Borgoño, Francisco Bustamante. Embarazo Adolescente. Rev. Ped. Elec. 2008, vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918
26. Martha Paz Fuentes, Humberto Cruzat Cruzat, Miriam Barreira Quial. El Embarazo en Edades Tempranas. Algunas Consideraciones al Respecto. Rev Cubana Enfermer 1999;15(1):22-7
27. Sigfrido Valdés Dacal, Jhon Essien, Jessica Bardales Mitac, Daymi Saavedra Moredo, Edith Bardales Mitac. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8
28. Juan Fernando Bojanini B., Joaquin Guillermo Gómez D. Resultados Obstétricos y perinatales en Adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 N° 2 2004(114-121)
29. Jairo Amaya, Claudia Borrero, Santiago Ucos. Estudio Analítico del Resultado del Embarazo en Adolescentes y Mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 53 N° 3 2005(216-224)
30. Lucía Ferreira Gonzales. Clasificación del Sobre Peso y la Obesidad. Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña
31. Antonio Gil Almira. Variación del Peso en el Embarazo. Medisan 2010;14(1):71
32. Manrique Leal Mateos, Loretta Glacomin, Luis Diego Pacheco – Vargas. Índice de Masa Corporal Pregestacional y Ganancia de Peso Materno y su Relación con el Peso del Recién Nacido. AMC vol 50(3), Julio – Setiembre 2008.
33. Anemia en Gestantes del Perú y Provincias con Comunidades Nativas 2011. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
34. Infección del Tracto Urinario Dr. Segundo Octavio Díaz Goicochea, Instituto Nacional Materno Perinatal
35. José Sandoval, Fanny Mondragón, Mónica Ortiz. Complicaciones Materno Perinatales del Embarazo en Primigestas Adolescentes: Estudio Caso – Control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34

36. Claudia Arispe, Mary Salgado, Guilana Tang, Carmen Gonzales, José Luis Rojas. Frecuencia de Control Prenatal Inadecuado y de Factores Asociados a su Ocurrencia. Rev. Med. Hered. V.22n4 Lima Oct./Dic. 2011.
37. Guía de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Colegio Médico del Perú.
38. Estado Nutricional en el Perú. Componente Nutricional ENAHO – CENAN julio 2009 – Julio 2010. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
39. Percy Pacora, Ytala Buzzio, Wilfredo Ingar, Alvaro Santivañez. El peso del recién nacido sano según edad gestacional en una población de Lima. An. Fac. med. v.66 n.3 Lima sep. 2005.
40. María Esther Ponce Matías. Características de a Infección del Tracto Urinario Recurrente en Gestantes del Instituto Materno Perinatal 2007.
41. Loretta Giacomini-Carmiol, Manrique Leal Mateos, Rafael Angel Moya Sibaya. Anemia Materna en el Tercer Trimestre de Embarazo como Factor de Riesgo para Parto Pre término. Acta med. Costarric. Vol 51(1), enero – marzo 2009.
42. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los Servicios de Salud 2005 – 2008. Ministerio de Salud.
43. Aguilar Romero, Perez Herrezuelo, Malde Conde, Moreno Martínez, Bautista Gómez, Puertas Prieto. Parto del Gran Prematuro. Vias y Técnicas.