UNIVERSIDAD NACIONAL

” SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES, HOSPITAL DE APOYO BARRANCA-CAJATAMBO, 2015-2016”

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. FLORES BARBA, Cendie Stefanie

Bach. MACO PELAEZ, Lucia del Rosario

Asesor: Dr. Augusto Félix Olaza Maguiña

HUARAZ – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres por enseñarme a luchar por mis metas con humildad y sacrificio, por su confianza, apoyo incondicional y por amarnos a pesar de todo, para poder desarrollar este meta soñada.

Cendie.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional. Gracias a su esfuerzo, amor y motivación siempre me han proporcionado todo lo que han tenido a su alcance para cumplir mis objetivos.

Lucía.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por bendecir y su luz en cada uno de los días de mi vida por habernos dado la oportunidad de vivir y ser nuestra fuerza para sobrellevar todos los obstáculos que se nos presenten.

A cada uno de los Docentes de nuestra casa de Estudios, Universidad Nacional Santiago Antúnez De Mayolo por su formación y contribución en el desarrollo Y culminación de la Carrera.

A nuestro Asesor de Tesis Dr. Augusto Félix Olaza Maguiña, por su paciencia con nosotras y estar pendiente en el desarrollo de nuestro proyecto.

A nuestros Jurados de Tesis; Dra. Consuelo Teresa Valencia Vera, Q.F. Willy Edgardo Córdova Cassia, Mag. Elizabeth Velez Salazar, por el apoyo, paciencia y tiempo invertido en nosotras.

Al Hospital Barranca-Cajatambo, por permitirnos ejecutar nuestro instrumento brindándonos la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

A todas las personas que nos ayudaron con su aporte para la realización de esta Investigación.

Cendie y Lucia

ÍNDICE

RESUMEN……..…v

ABSTRACT……..……..vi

1. INTRODUCCIÓN……..7

2. HIPÓTESIS……...12

3. BASES TEÓRICAS……..16

4. MATERIALES Y MÉTODOS……41

5. RESULTADOS…….49

6. DISCUSIÓN……..70

7. CONCLUSIONES……76

8. RECOMENDACIONES……..……77

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

En el estudio se planteó el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo durante el período 2015-2016?, con el objetivo general de determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, hipótesis: Los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos están asociados significativamente al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo. Investigación correlacional y retrospectiva, con una muestra conformada por 139 historias clínicas. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V22.0, realizándose la contrastación de la hipótesis mediante la prueba Chi cuadrado. Resultados: Los factores que mostraron más altos valores de asociación significativa fueron: Anemia (65,5%), nuliparidad (64%), presencia de infección del tracto urinario (63,3%), ingreso económico mensual inferior al sueldo mínimo vital (62,6%) e infecciones vaginales (53,2%). Se concluyó que los factores que están asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo son los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos, los cuales en su mayoría presentan una relación estadísticamente significativa.

Palabras clave: Factor, parto pretérmino, gestante adolescente.

ABSTRACT

In the study the following problem was presented: What are the factors associated with preterm delivery in adolescent pregnant women in the Barranca - Cajatambo Hospital during the period 2015-2016?, with the overall objective of determining the factors associated with preterm delivery in adolescent pregnant women, hypothesis: The sociodemographic, obstetrical and pathological factors are significantly associated with preterm delivery in adolescent pregnant women in the Barranca - Cajatambo Hospital. Correlational and retrospective research, with a sample of 139 clinical histories. It was used as instrument a form of data collection, information was processed using SPSS V22.0, performing the testing of the hypothesis by Chi square test. Results: Factors that showed higher values significant association were: Anemia (65,5%), nulliparity (64%), presence of urinary tract infection (63,3%), monthly income less than the minimum living wage (62,6%) and vaginal infections (53,2%). It was concluded that the factors that are associated with preterm delivery in adolescent pregnant women in the Barranca - Cajatambo Hospital are the sociodemographic, obstetrical and pathological factors, which are mostly statistically significant.

Keywords: Factor, preterm birth, adolescent pregnant women.

1. INTRODUCCIÓN.

El parto pretérmino se produce después de las 22 semanas de embarazo pero antes de las 37 semanas cumplidas, el mismo que comienza con la aparición repentina de contracciones uterinas, las cuales se encuentran acompañadas de cambios cervicales. Esta definición ha sido dada a conocer por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [(1)], constituyéndose en la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. De esta manera, el 75% de las muertes perinatales se producen como consecuencia directa del parto pretérmino, cifra que demuestra la magnitud del problema, originando serias secuelas tanto para la madre como para el recién nacido [(2)].

De acuerdo a la OMS, cada año se produce un aproximado de 14 millones de partos pretérminos, porcentaje que en el caso de África hay 1000 partos y Asia 5000 partos, es todavía más alto, llegando incluso al 85% [(3)]. En los países europeos, las cifras se han incrementado en los últimos años 2015-2016, habiendo alcanzado indicadores de 70 a 80 partos pretérminos (7% y 8% en algunas instituciones de salud)[4)]. En el caso de América Latina, se evidencia un comportamiento diferente en cada país. Así por ejemplo, en Argentina se reporta una incidencia del 9,3%, en tanto que en Uruguay este porcentaje se reduce al 8,7% y en Chile al 5%; mientras que en el Ecuador, la incidencia oscila entre el 5%y 10%, registrándose en otros países como Bolivia una incidencia del 20%[(2)].

En el Perú, en el año 2015 se da 100 a 140 partos (10% al 14%) de todas las gestaciones terminan en parto pretérmino, considerándose a dicha situación como la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal [(5)].

Entre los factores asociados al parto pretérmino, se destacan la edad materna, la cual se relaciona con un aumento de la incidencia y prevalencia de dicha complicación en las gestantes menores de 20 años, habiéndose publicado diferentes estudios en los cuales se ha concluido que la edad materna menos de 20 años se constituye en un riesgo para la ocurrencia de parto pretérmino, como por ejemplo, la investigación de Alonso en Argentina, quien evidenció que el mayor riesgo de nacimientos pretérmino se produce en gestantes adolescentes [(6)]; en tanto que el investigador Parra determinó en su investigación desarrollada en Tacna-Perú, que las gestantes con una edad menor a los 18 años, presentan mayor probabilidad de presentar parto pretérmino durante su embarazo [(8)].

Lo manifestado en el párrafo anterior guarda relación con lo establecido en las referencias teóricas, en las cuales se conoce que la edad idónea para la reproducción de una mujer se encuentra entre los 20 a 34 años, hecho que lamentablemente en nuestro medio no se cumple debido a la falta de planificación, lo cual provoca embarazos no deseados durante la adolescencia, etapa que se constituye en un período no adecuado para concebir, produciéndose problemas en el desarrollo normal del embarazo, ya sea debido a factores relacionados con las características sociodemográficas, factores obstétricos o factores patológicos que coadyuvan al incremento del riesgo de presentar

complicaciones, con el consiguiente término anticipado del periodo gestacional[3].

En el Hospital de Apoyo Barranca – Cajatambo, se ha podido observar durante el desarrollo de las prácticas pre profesionales, un incremento cada vez mayor de gestantes adolescentes entre 10-19 años quienes acuden al servicio de emergencia por problemas que muchas veces terminan en la ocurrencia de partos pretérminos, habiéndose registrado en el año 2016, 11.2 partos que equivale un 14% de incidencia de partos antes de las 37 semanas de gestación [8], cifra que ubica al parto pretérmino como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal en dicho hospital antecedentes estadísticos del Hospital de Apoyo Barranca. Asimismo, se ha podido observar que las gestantes que presentan esta complicación en su embarazo son en su mayoría adolescentes, por lo que debido a esta situación se ha considerado necesario el realizar la presente investigación con la finalidad de abordar la problemática antes descrita.

Debido a los motivos antes expuestos se decidió realizar la siguiente investigación mediante la siguiente formulación del **problema**: ¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo durante el período 2015-2016?; teniendo como **objetivo general** el determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo durante el período 2015-2016. Los **objetivos específicos** fueron: Identificar los factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes;

Determinar los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes; e, Identificar los factores patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes.

De esta manera, se **concluyó** que los factores que están asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo son los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos, los cuales en su mayoría presentan una relación estadísticamente significativa.

La presente tesis consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. A continuación en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como información relevante para la investigación.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en su relevancia social, mediante el beneficio que tendrán las mujeres que se atienden en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo, en quienes se promoverá acciones orientadas a identificar a tiempo los factores asociados al parto pretérmino, en especial si se tiene en cuenta que la población

en estudio lo conforman gestantes de distintos estratos socio-económicos, por lo que no solo se beneficiará a la población en estudio sino también a sus familias y a la comunidad en general.

Asimismo, mediante el valor teórico de la presente tesis se aporta información hasta el momento desconocida en uno de los establecimientos de salud más importantes del norte del país, en el cual no se había realizado un estudio de esta naturaleza en la población adolescente, permitiendo la comparación de sus resultados con los de otras investigaciones llevadas a cabo en realidades diferentes.

2. HIPÓTESIS.

Los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos están asociados significativamente al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo.

2.1. VARIABLES.

- **Variable Independiente:**

  Factores asociados.

- **Variable Dependiente:**

  Parto pretérmino en gestantes adolescentes.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: **FACTORES ASOCIADOS**	Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con la probabilidad de padecer un daño a la salud.	**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**	Grado de instrucción	• Analfabeta. • Primaria. • Secundaria. • Superior.	Nominal
			Procedencia	• Zona rural. • Zona urbana.	Nominal
			Estado civil	• Casada. • Conviviente. • Soltera. • Otro.	Nominal
			Ocupación	• Ama de casa. • Estudiante. • Empleada del sector público y/o privado. • Otro.	Nominal
			Ingreso económico mensual	• < S/. 850.00 s. • ≥ S/. 850.00 s.	Ordinal
		FACTORES OBSTÉTRICOS	Paridad	• Nulípara. • Primípara. • Multípara.	Ordinal
			Gestaciones	• Primigesta. • Secundigesta. • Multigesta.	Ordinal
			Periodo intergenésico	• < 2 años. • ≥ 2 años. • No aplica	Ordinal

		FACTORES OBSTÉTRICOS	Vía de terminación del embarazo anterior	• Vaginal. • Cesárea. • No aplica.	Nominal
			Resultado de gestaciones previas	• Aborto. • Parto pretérmino. • Parto a término. • No aplica.	Nominal
			Atención prenatal	• < 6 APN. • ≥ 6 APN.	Ordinal
		FACTORES PATOLÓGICOS	Infección del tracto urinario	• Bacteriuria asintomática. • Cistitis. • Pielonefritis. • Ninguna.	Nominal
			Infecciones vaginales	• Sí. • No.	Nominal
			Anemia	• Leve. • Moderada • Severa. • Ninguna.	Ordinal
			Preeclampsia	• Sí. • No.	Nominal
			Embarazo múltiple	• Sí. • No.	Nominal
			Rotura prematura de membranas	• Sí. • No.	Nominal
			Patologías uterinas	• Sí. • No.	Nominal
			Consumo de sustancias adictivas	• Bebidas alcohólicas. • Tabaco. • Otras drogas. • Ninguna.	Nominal
			Patologías fetales	• Sí. • No.	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE: **PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES**	Es el parto que ocurre después de las 22 semanas de gestación y antes de las 37 semanas cumplidas, en mujeres cuya edad sea ≤ 19 años.	**CLASIFICACIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO**	Edad gestacional en la cual se produce el parto pretérmino	• Parto pretérmino tardío (34-36 semanas). • Parto pretérmino moderado (32-33 semanas). • Parto muy pretérmino (28-31 semanas). • Parto extremadamente pretérmino (22-28 semanas).	Ordinal

3. BASES TEÓRICAS.

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

BARRERA, Lina. (2016). **Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá.** Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Describir los factores asociados al parto pretérmino (PP) en una muestra de gestantes adolescentes. Metodología: Estudio transversal, observacional y analítico, con una muestra de 30 gestantes adolescentes. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Chi cuadrado. Resultados: Se evidenció una prevalencia de PP 6,1%; media de edad 17,3 años (SD=1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33,3% asistió de 4 a 6 controles y 26,7% asistió de 7 a 9 controles. Conclusiones: El PP ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el PP son hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad [(10)].

SUNTAXI, Iván. (2014). **Prevalencia del parto pretérmino en adolescentes que fueron atendidas en el área de emergencia del Hospital Gíneco-obstétrico "Isidro Ayora" evaluación del manejo**

obstétrico periodo enero – junio 2012. Ecuador. Tesis de Maestría. Objetivo: Determinar la prevalencia de la Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en adolescentes. Metodología: Estudio de corte transversal no experimental, con una muestra de 256 gestantes adolescentes. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Chi cuadrado. Resultados: La prevalencia de la amenaza del parto pretérmino en adolescentes fue del 13%, y el porcentaje restante 87% presentaron otras patologías que complican el embarazo en las adolescentes, esto estaría en relación con la edad de las pacientes ya que el embarazo en la adolescencia y sus complicaciones está en relación con el bajo nivel socio económico y la etnia no blanca. Las adolescentes con una instrucción intermedia, completando el bachillerato son las de mayor porcentaje que presentaron APP esto es un 77,30%, por ende también existe una correlación con la ocupación de las adolescentes ya que el mayor porcentaje se ubica en las estudiantes con un 59% de las adolescentes con APP, y estos dos valores se relacionan con el estado civil de las adolescentes ya que el mayor porcentaje está en las del estado civil solteras con un 61%. Las patologías más frecuentes que provocan o que tienen relación con la APP, se encontró a la infección de vías urinarias (IVU) con un 51% de resultados positivos en las adolescentes con APP, además de las infecciones cérvico vaginales (vaginitis), las cuales tienen un porcentaje significativo (35%) de las adolescentes que presentaron APP, teniendo la anemia un porcentaje más inferior (3%). Conclusiones: Los resultados obtenidos en la presente

investigación son una señal de alarma para los profesionales de la salud, para tomar acciones en un futuro no muy lejano, en lo posible inmediato, para que estas cifras disminuyan; el cumplimiento de este objetivo no se limita a un frío cálculo estadístico sino a la consecuencia directa de una menor cantidad de partos pretérmino en adolescentes [(12)].

DE RODRÍGUEZ, Isabel. (2013). **Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes.** Venezuela. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos hijos de madres adolescentes. Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con una muestra de 205 gestantes adolescentes. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos y la entrevista. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Odds ratio (OR). Resultados: Hubo 15,13% adolescentes con hijos prematuros; entre 17-19 años (67,31%); índice de masa corporal: 18,5-24,99 kg/m2 (71,13%); no estudiaban (41,46%), no completaron la secundaria (78,54%), dedicadas a oficios del hogar (68,29%); en concubinato (55,12%), estrato socioeconómico: nivel V (52,68%); sin consumo de alcohol, drogas o tabaco (100%); venezolanas (97,56%), raza mestiza (61,46%); residenciadas en zonas urbanas (62,44%); viven con familia materna y padre del niño (41,95%), familias disfuncionales (55,61%); rechazo familiar (65,85%); embarazos no deseados (88,29%); sin intentos de aborto en 82,93%. Menarquía con media de 11,81 ±1,09 años, inicio de relaciones sexuales: 14,67±1,11 años;

mal control prenatal (64,39%), primiparidad (72,68%) nacimiento por parto (56,59%), entre 34 y menores de 38 semanas de gestación (79,51%); neonato hembra (58,05%); peso entre 1 501-2.500 g (45,37%); adecuados para la edad gestacional (79,51%); buen Apgar al minuto (56,59%), a los cinco (74,63%). Presentaron patologías maternas (100%) y del neonato (89%). Conclusiones: El bajo nivel socioeconómico y factores de riesgo familiar se relacionan con la prematuridad en el embarazo de estas adolescentes [(13)].

LOÁISIGA, Jacqueline. (2013). **Adolescencia como factor de riesgo de prematurez en niños nacidos en el HEODRA, julio 2009 – julio 2011.** Nicaragua. Tesis de titulación. Objetivo: Determinar si la adolescencia es un factor de riesgo de la prematurez. Metodología: Estudio analítico de casos y controles no pareado (1:2), con una muestra de 190 casos y 380 controles, el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Odds radio (OR). Resultados: Las embarazadas presentaron las siguientes características: jóvenes entre 17-19 años de edad, con escolaridad secundaria y de ocupación ama de casa, en la historia gineco-obstétrica gran parte de la población es primigestas, sin antecedentes de aborto ni de partos prematuros. Los neonatos presentaron en su mayoría las siguientes características: sexo masculino, con un peso, talla y perímetro cefálico dentro de límites normales para su edad gestacional, en cuanto a Silverman Anderson y Apgar no mostró dificultad o depresión respiratoria. El ser una

madre analfabeta procedente del área rural con ocupación ama de casa, el haber acudido a menos de 4 controles prenatales, así como el antecedente de haber presentado aborto y enfermedades infecciosas durante los trimestres del embarazo; en nuestra investigación resultaron ser factores predisponentes y causantes para presentar parto pretérmino. Conclusiones: La adolescencia fue un factor de riesgo para la prematurez, centrándose más en la adolescencia tardía [(14)].

MANRIQUE, Riscarle. (2008). **Parto pretérmino en adolescentes.** Venezuela. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, patologías asociadas y complicaciones perinatales. Metodología: Estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 68 gestantes adolescente. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Chi cuadrado. Resultados: La prevalencia de parto pretérmino fue 10,51%. El grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4%. El estrato socioeconómico predominante fue el IV con 67,6%. Se presentaron patologías maternas (85,3%) y complicaciones perinatales (38,2%). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas ($p < 0,05$). Conclusiones: La pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo en adolescentes [(15)].

CUZCANO, Anabel. (2016). **Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo**

noviembre 2014 a noviembre del 2015. Lima-Perú. Tesis de Titulación. Objetivo: Determinar las características de las madres adolescentes con parto pretérmino. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 112 gestantes adolescentes. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de estándares descriptivos. Resultados: La edad promedio de las gestantes fue 17,9 ± 1,3, el 80.36% fueron prematuros a término, la mediana de la edad gestacional fue de 36 semanas. El 85.71% de las gestantes tuvieron estudios secundarios, el 96% no tuvo parto pretérmino previo, el 94.64% no consume tabaco, el 90.18% no presentó anemia, el 20.54% presentó infección urinaria en algún trimestre de gestación, 12.5% de las gestantes presentó ruptura prematura de membranas sin embargo el 99.11% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta. Conclusiones: Las características obstétricas fueron que la mayoría de gestantes eran primigestas, no consumían tabaco, predominó el parto eutócico y la patología más frecuente que se pudo identificar fue la infección urinaria, siendo la menor a su vez el desprendimiento prematuro de placenta [(16)].

SAM, David. (2015). **Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo durante el 2014.** Lambayeque-Perú. Tesis de Titulación. Objetivo: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes. Metodología: Estudio retrospectivo comparativo, de casos y controles, con una muestra de 71 casos y 140 controles. El

instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Chi cuadrado y Odds Ratio (OR). Resultados: Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual (OR=6,7), no control prenatal (OR=11), embarazo múltiple actual (OR=2,1), antecedente de cesárea (2,9) y condición de multípara (OR=12,4) ($p<0,05$). Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32,3%), preeclampsia (28,0%) e infección del tracto urinario (18,3), mientras que las más frecuentes en el parto a término fueron Preeclampsia (32,3%), infección del tracto urinario (15,7%) y ruptura prematura de membrana (10,7%). La anemia se asocia significativamente ($p<0,05$) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78,6% (OR=14,34). Las pacientes adolescentes correspondieron con mayor frecuencia al grupo etario de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término. Conclusiones: Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino de las gestantes en el hospital y periodo de estudio fueron tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, ITU, preeclampsia, RPM [17].

GUILLÉN, Juan. (2015). **Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014.** Lima-Perú. Tesis de Segunda Especialidad. Objetivo: Conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino. Metodología. Estudio

retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 127 gestantes. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Chi cuadrado. Resultados: La media de la edad de los casos fue de 28,7 +/-7,2 años y de los controles de 26,5 +/- 5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. Hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). Observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%).En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). Conclusiones: Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: Infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis ($p<0,05$). El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional ($p<0,05$) [18].

GARCÍA, Bethzabe. (2015). **Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé" durante enero a febrero del año 2015.** Lima-Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de

riesgo para el parto pretérmino. Metodología: Estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, con una muestra de 30 puérperas de parto pretérmino (casos) y 30 puérperas de parto a término (controles). El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Chi cuadrado y Odds Ratio (OR). Resultados: La edad de 20 a 35 años se asoció (p=0,006) con el parto pretérmino (OR=0,2) como un factor protector, mientras que el grupo de 19 años a menos se comporta como un factor de riesgo (p=0,048; OR=3,86). En lo que respecta al número de abortos, no se observó asociación entre el número de abortos y el parto pretérmino (p>0,05), sin embargo el no tener abortos se asoció al parto pretérmino (p=0,038) como factor protector (OR=0,20). Conclusiones: La edad materna menor o igual a 19 años se presentó como un factor de riesgo para parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé", mientras que la edad materna de 20 a 35 años y no tener antecedente de aborto se presentaron como factores protectores para parto pretérmino [(3)].

SOLÍS, Roxana. (2014). **Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – marzo 2014.** Lima-Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Identificar los principales estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes. Metodología: Estudio analítico de casos y controles con una

muestra de 41 casos y 82 controles. El instrumento utilizado fue el registro de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba Odds ratio (OR). Resultados: Amenaza de abandono por parte de la pareja [OR=12,642]; violencia física por parte de la pareja [OR=9,621]; intento de autolesión [OR=9,667]; decepción por el embarazo [OR=8,662]; ausencia de amor hacia su pareja cuando se embarazó [OR=7,243]; ausencia de amor en este momento del embarazo [OR=6,315]; falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]; falta de apoyo económico de la pareja [OR=6,857]; falta de apoyo económico de su familia [OR=8,390]; frustración educativa [OR=7,212]. Conclusiones: La amenaza de parto prematuro se presenta en los siguientes casos: Cuando la gestante intenta autolesionarse, cuando su pareja amenaza con abandonarla y es golpeada a causa del mismo, cuando se embarazó no estando enamorada, cuando no recibe apoyo emocional de familiares directos; cuando no recibe apoyo económico de familiares y de su pareja durante la gestación; y cuando es consciente que sus metas académicas pueden frustrarse por el embarazo [(19)].

3.2 MARCO TEÓRICO.

A. PARTO PRETÉRMINO.

a. Definición:

El parto pretérmino es definido como el parto que se produce después de las 22 semanas de embarazo pero antes de las 37 semanas

cumplidas, el mismo que comienza con la aparición repentina de contracciones uterinas, las cuales se encuentran acompañadas de cambios cervicales, definición que ha sido establecida y adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [(1)].

b. Clasificación:

El parto pretérmino se clasifica según la edad gestacional en la cual se produce el término de la gestación:

- **Parto pretérmino tardío:**

  Ocurre cuando el parto se produce entre las 34 y 36 semanas de gestación con 6 días.

- **Parto pretérmino moderado:**

  Se produce cuando el parto se produce entre las 32 y 33 semanas de gestación con 6 días.

- **Parto muy pretérmino:**

  Corresponde cuando el parto se produce entre las 28 y 31 semanas de gestación con 6 días.

- **Parto extremadamente pretérmino:**

  Se produce cuando el parto se da entre las 22 y 28 semanas de

gestación [1].

c. Epidemiología:

De acuerdo a cifras dadas a conocer por la OMS, el 84% de los partos pretérminos que se producen a nivel mundial, ocurren entre las 32 a 36 semanas, el 10% entre las 28 a 32 semanas y el 5% se dan antes de las 28 semanas [20,21,22].

En los Estados Unidos de América, se produjeron durante el año 2011, un total de 11,73% de partos pretérminos, de los cuales el 8,3% ocurrió entre las 34 a 36 semanas, 1,5% entre las 32 a 33 semanas y el 1,9% se presentó antes de las 32 semanas de gestación [22].

Según lo reportado por la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), entre los años 2005 a 2008, se ha producido un promedio de 4% de nacimientos pretérminos, porcentaje que ha ido disminuyendo de la siguiente manera: 2005: 4,1%, 2006: 4%, 2007: 3,6% y 2008: 3,3%. Aproximadamente el 80% de los partos pretérmino se han producido en la población de Lima, La Libertad, Cusco, Cajamarca, Loreto, Junín, Ancash, Puno, Ucayali, Huánuco y Piura [23].

d. Diagnóstico:

El diagnóstico del parto pretérmino se produce ante la presencia de contracciones uterinas (mínimo 3 contracciones en 30 minutos), las

cuales están acompañadas de cambios cervicales, evidenciado con un borramiento del 50% y/o dilatación igual o mayor a 3 cm. [24].

e. Fisiopatología:

En la actualidad se habla de la existencia de una etiopatogenia multifactorial del parto pretérmino, en la cual se menciona al estrés psicosocial, el mismo que puede producir estrés fetal con una reducción del flujo úteroplacentario, pudiendo activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipofisario – suprarrenal. Se cree que el principal mediador inductor de la prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina, el cual proviene principalmente del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Esta sustancia estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas, cuya función es producir contracciones uterinas y madurar el cérvix. En la misma forma, las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de la hormona corticotrófica de la placenta, membranas ovulares y decidua, con la consiguiente iniciación del circulo de retroalimentación que desencadenaría el parto pretérmino. También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona, los cuales son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la oxitocina.

Por otro lado, las infecciones del tracto genitourinario se asocian significativamente con el parto pretérmino, ya que junto a las infecciones amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares.

En el 60% de los casos de partos pretérmino se han encontrado hemorragias de la decidua uterina, los cuales cuando son mayores se pueden apreciar clínicamente mediante pequeñas metrorragias durante el primer y segundo trimestre del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y de membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas.

En el embarazo múltiple y en el hidramnios se produce una sobre distención del útero que puede exceder su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas, activaría los receptores de la oxitocina y a síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical [(2)].

f. Manejo:

Incluye:

- **Confirmar tiempo de gestación:**

  Se debe establecer con claridad la edad gestacional por fecha de última regla, altura uterina y/o por ecografía obstétrica.

- **Evaluar el abdomen:**

  Procedimiento en el cual se debe de incluir los siguientes acápites:

  - Dinámica uterina.
  - Maniobras de Leopold para determinar la presentación fetal.
  - Descarte de embarazo gemelar.

- **Estimar peso fetal y tratar de valorar madurez pulmonar:**

  - Se debe de medir la altura uterina y evaluar si corresponde o no con la edad gestacional.
  - Realizar una evaluación ecográfica.
  - En caso de existir las condiciones mínimas, se debe de considerar la realización de una amniocentesis para evaluar la madurez pulmonar.

- **Evaluar vagina y periné:**

  - Ante la presencia de sangrado se debe de seguir el manejo de hemorragia obstétrica.

- En caso exista la presencia de líquido amniótico, se debe de seguir el manejo de rotura prematura de membranas.

- **Evaluar dilatación cervical:**

  - Frente a la ocurrencia de dilatación cervical, se debe de preparar la atención del parto.
  - Si la gestación es menor de 35 semanas, se debe de aplicar corticoides cuanto antes.
  - Si se sospecha de placenta previa, no se debe de realizar tacto vaginal.

- **Hospitalización:**

  - Se debe de ubicar a la gestante en un ambiente tranquilo, sin estímulos molestos o estresantes.
  - De ser necesario se debe de aplicar sedación.
  - Se deberá hidratar a la gestante con un litro de agua por vía oral en 30 minutos, o si se considera necesario se deberá colocar una vía endovenosa para administrar 500 mililitros de ClNa al 9‰ en 60 minutos.

- **Investigar la causa del parto prematuro:**

  Se debe de buscar la causa del parto pretérmino.

- **Verificar si no existen contraindicaciones para iniciar tocólisis:**

  La tocólisis deberá de ser administrada ante la presencia de las siguientes condiciones:

  - Rotura prematura de membranas.
  - Corioamnionitis.
  - Restricción severa del crecimiento fetal.
  - Óbito fetal.
  - Hemorragia vaginal.
  - Anomalía congénita no compatible con la vida.
  - Fase activa de trabajo de parto.

- **Iniciar tocólisis si persisten contracciones luego de hidratación:**

  - Betamiméticos:

    Clorhidrato de isoxuprina: Administrar 100 miligramos (10 ampollas) en 500 mililitros de NaCl 0,9%. Iniciar a una velocidad de infusión de 10 gotas por minuto y aumentar 5 gotas cada 15 minutos (hasta un máximo de 50 gotas por minuto), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado.

    Ritodrina: Administrar 50 miligramos (una ampolla) en 500 mililitros de NaCl 0,9%o, iniciar a una velocidad de infusión de 0.05 miligramos (10 gotas), aumentar 10 gotas cada 15 minutos

(hasta un máximo de 60 gotas), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado.

Salbutamol: Administrar 10mg en 1litro de Na Cl 0,9%o EV a 10 gotas por minuto, incrementar cada 30 minutos 10 gotas hasta que cesen las contracciones. Cuando la frecuencia cardíaca materna sea mayor de 120 por minuto, la frecuencia cardíaca fetal mayor de 160 por minuto y la presión arterial menor de 90/55 mm Hg. disminuir o suspender el goteo.

- Antiinflamatorios no esteroideos:

  El más usado es la indometacina 100 miligramos por vía oral o rectal, luego 25 mg cada 6 horas por 48 horas.

- Corticoides:

  En gestantes de 28 a 34 semanas, se deberá aplicar Betametasona 12 miligramos intramuscular cada 24 horas dos dosis, o Betametasona 6 miligramos intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis [25].

g. Prevención:

- **Antes del embarazo:**

  - Una medida preventiva de largo plazo y con enfoque multidisciplinario consiste en mejorar el estado socio económico

cultural de la población.

- Se debe aplicar programas educativos de prevención del embarazo en la población adolescente.

- Se debe fomentar la educación sexual por personal capacitado.

- De ser posible, se debe controlar y/o eliminar los factores de riesgo asociados al parto prematuro.

- Se debe mejorar el estado nutricional de la gestante y la anemia mediante la aplicación de un programa social y la educación respectiva por parte de profesionales [(2)].

- **Durante el embarazo:**

  - Se deberá de realizar un control prenatal precoz, periódico, completo y humano.

  - Es necesario la aplicación del enfoque de riesgo de prematuridad.

  - Se debe de corregir la situación de desnutrición materna, así como la anemia que pudiera estar atravesando durante la gestación.

  - Se deberá de detectar y tratar todo tipo de infecciones durante el embarazo.

- Se debe de evitar el consumo de drogas.
- Es muy importante el evitar el consumo del cigarrillo.
- Se debe de diagnosticar a tiempo la presencia de complicaciones obstétricas, como hemorragias e hipertensión arterial inducida por el embarazo.
- Es recomendable el espaciar los nacimientos por más de dos años, mediante el uso de la planificación familiar para adolescentes, multíparas y añosas [(2)].

B. PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES.

El embarazo adolescente o embarazo precoz se define como la gestación que se produce en una mujer antes de los 20 años, la cual ocasiona la presencia de complicaciones de tipo biológicas, psicológicas y sociales, con las consiguientes repercusiones sobre su vida y la de su futuro hijo.

El embarazo adolescente se considera como un acontecimiento biológico con implicancias psicológicas y sociales que han variado a través de las épocas. En ocasiones aparece como un hecho no deseado que desestabiliza a la adolescente, su relación con el medio y en especial con su grupo familiar. Este problema complejo acapara cada vez más el interés de padres, educadores, asistentes sociales y todo el equipo de salud que actúa en los hospitales y centros asistenciales [(3)].

Las posibles causas o condiciones asociadas a la ocurrencia de los embarazos durante la etapa de la adolescencia son las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- La práctica de las relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos.
- La presión social por parte de los compañeros, quienes alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, las cuales ocasionan una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- La falta de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- La falta de una buena educación sexual [3].

C. FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO.

Un factor se define como la característica o atributo cuya presencia se asocia con la probabilidad de padecer un daño a la salud. En otras palabras, los factores asociados son “las características que presentan una asociación significativa con un determinado daño”, estas relaciones pueden ser de tipo [26]:

- **Causal:** Es el factor que desencadena el proceso, por ejemplo la placenta previa puede conllevar a muerte fetal por anoxia.

- **Predictiva:** Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes, no totalmente identificadas o mal comprendidas, por ejemplo cuando una mujer que ha perdido un feto o recién nacido corre mayor riesgo de perder a su siguiente hijo [26].

a. Factores sociodemográficos:

Diversos autores han documentado la presencia de factores sociodemográficos que estarían relacionados con la ocurrencia del parto pretérmino, cuya incidencia más elevada se encuentra en las gestantes adolescentes.

Asimismo, otros estudios han concluido un mayor riesgo de parto pretérmino en mujeres trabajadoras fuera del hogar, debido a una probable relación entre la ocupación y la ocurrencia de esta complicación durante el embarazo [2].

De esta manera, entre los principales factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino, se tiene a los siguientes:

- Grado de instrucción.
- Procedencia.
- Estado civil.

- Ocupación.
- Ingreso económico mensual [2,3].

b. Factores obstétricos:

Los factores obstétricos se refieren a todas aquellas situaciones relacionadas al embarazo actual o embarazos anteriores, los cuales según diversas investigaciones, incrementan el riesgo de la ocurrencia de partos pretérmino.

Entre los factores obstétricos se tiene a los siguientes:

- Paridad.
- Gestaciones.
- Periodo intergenésico.
- Vía de terminación de embarazos anteriores.
- Resultado de gestaciones previas.
- Atención prenatal [16].

c. Factores patológicos:

La ocurrencia de patologías en la gestación aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en el recién nacido, destacándose a los siguientes factores patológicos como causa del parto pretérmino:

- Infección del tracto urinario.
- Infecciones vaginales.
- Anemia.
- Preeclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Rotura prematura de membranas.
- Patologías uterinas.
- Depresión materna.
- Consumo de sustancias adictivas.
- Patologías fetales [12].

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

a) Factor:

Es el elemento o circunstancia que contribuye a producir un resultado por lo general negativo [26].

b) Factor asociado:

Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con la probabilidad de padecer un daño a la salud [26].

c) Parto pretérmino:

El parto pretérmino es definido como el parto que se produce después

de las 22 semanas de embarazo pero antes de las 37 semanas cumplidas, el mismo que comienza con la aparición repentina de contracciones uterinas, las cuales se encuentran acompañadas de cambios cervicales, definición que ha sido establecida y adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [1].

d) Gestante adolescente:

Es aquella mujer gestante cuya edad se encuentra entre los 10 y 19 años[3].

e) Parto pretérmino espontáneo:

Es el parto que se produce sin causa conocida o identificada [27].

f) Parto pretérmino inducido:

Es el parto que se produce por situaciones obstétricas que pueden alterar el bienestar materno - fetal [28].

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio fue de tipo RETROSPECTIVO debido a que se recopiló información sobre los casos de parto pretérmino en gestantes adolescentes, ocurridos en el pasado (período 2015-2016) en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo. Asimismo, el estudio fue TRANSVERSAL, ya que se realizó la obtención de los datos en un solo momento, siendo considerado también como un estudio CORRELACIONAL, debido a que se determinó los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño empleado en la presente tesis, fue el diseño no experimental de tipo Transeccional o Transversal Correlacional [29,30], cuyo diagrama fue el siguiente:

$$M \quad O_x \quad r \quad O_y$$

Donde:

M: Muestra

O: Observación

x, y: Subíndices que indican las observaciones obtenidas de cada una de las 2 variables.

r: Relación entre las variables estudiadas.

4.3 UNIVERSO O POBLACIÓN.

El estudio se realizó en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo, establecimiento de salud de nivel II-1, ubicado en el distrito de Barranca, provincia de Barranca, región Lima.

La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de las gestantes adolescentes, cuyo embarazo culminó en parto pretérmino en el período comprendido entre el 01 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2016 en el Departamento de Gíneco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo, con un total (N) de 216 historias clínicas.

Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de gestantes adolescentes (≤ 19 años).
- Historias clínicas de gestantes cuyo embarazo culminó en parto pretérmino en el período 2015-2016.
- Historias clínicas de gestantes adolescentes sin distinción de su paridad y condición económica.
- Historias clínicas con información y datos completos.

b) Criterios de exclusión:

- Historias clínicas no disponibles y/o con información requerida

incompleta.

- Historias clínicas que no cumplieron con alguno de los criterios de inclusión señalados anteriormente.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA.

4.4.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:

En la presente investigación, la unidad de análisis estuvo conformada por la historia clínica de cada gestante adolescente, cuyo embarazo culminó en parto pretérmino.

4.4.2 MUESTRA:

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretendió hacer con el presente estudio, se usó el muestreo probabilístico simple [29,31,32] para lo cual se determinó el tamaño de la muestra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^{2} p * q}{d^{2} * (N-1) + Z_{\alpha}^{2} * p * q}$$

Donde:

n = Historias clínicas necesarias para el estudio.

N = Tamaño de la población.

Z_{∞} = Nivel de seguridad.

p = Valor de la proporción de aciertos.

q = Valor de la proporción de desaciertos.

d = Nivel de precisión.

Sabiendo que:

a) *N* = 216

b) Nivel de seguridad (Z_∞): 95% = 1,960

c) *p*: 50% = 0,50

d) *q (1 – p)*: 50% = 0,50

e) *d*: 5% = 0,05

Aplicando esta información en la fórmula, se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{(216)(1{,}960)^2\,(0.5)(0.5)}{(0{,}05)^2\,(216-1) + (1{,}960)^2\,(0.5)\,(0.5)}$$

n = 139

4.5 INSTRUMENTO DE RECOPILACIÓN DE DATOS.

La recolección de la información se realizó, tomando como fuente de información las historias clínicas del Departamento de Gíneco – Obstetricia del Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo.

Para ello se hizo uso de una ficha de recolección de datos (Anexo Nº 01) compuesta por cinco partes, la cual fue elaborada de acuerdo al problema y los objetivos de investigación; según se detalla a continuación:

- Primera parte: Datos generales: Contiene 02 ítems en total.
- Segunda parte: Factores sociodemográficos: Comprende 05 ítems.
- Tercera parte: Factores obstétricos: Abarca 06 ítems.
- Cuarta parte: Factores patológicos: Comprende 10 ítems.
- Quinta parte: Parto pretérmino en gestantes adolescentes: Abarca 01 ítem.

VALIDEZ:

El instrumento de recolección de datos fue sometido a la prueba de Juicio de Expertos para su validación (Anexo N° 02), para lo cual se consultó a tres Obstetras especialistas en Obstetricia de Alto Riesgo, un Médico Gíneco-obstetra y un Profesional versado en Metodología de la Investigación, cuyas puntuaciones fueron correlacionas entre sí mediante la prueba de concordancia de Kendall (Anexo N° 03), habiéndose demostrado su validez de contenido.

CONFIABILIDAD:

Luego de la aplicación de una prueba piloto al 10% de la muestra total se realizó el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente alfa de Cronbach, siendo importante aclarar que las historias clínicas que formaron parte de la prueba piloto no integraron la muestra final (Anexo N° 04).

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se ejecutó la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

a) Análisis descriptivo:

La información obtenida con el instrumento de recolección de la información se analizó haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 22.0, para la cual una vez confeccionada la base de datos, se realizó el análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensionales y gráficos de frecuencia.

b) Análisis inferencial:

Se realizó el análisis inferencial para determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, utilizándose para ello la prueba Chi cuadrado.

4.7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Al establecer las pautas iniciales de esta investigación desde el punto de vista ético, se optó por ceñirse estrictamente a lo establecido en los Principios Básicos y Operacionales de la Declaración de Helsinki, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras

personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo considerado como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud [33].

De esta manera, en el estudio se consideró los siguientes principios:

a) Principios Básicos:

- **Principio de la privacidad y confidencialidad:**

  No se expuso la privacidad de las historias clínicas de las gestantes adolescentes, para lo cual solo se incluyeron datos sociodemográficos, obstétricos y patológicos, por lo que no se tomó en cuenta nombres, domicilio, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de las personas en estudio, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones (Artículo 9). Asimismo, se prestó especial vigilancia sobre el reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos (Artículo 8).

- **Principio de Justicia:**

  Todas las historias clínicas de las gestantes adolescentes consideradas en el presente estudio merecieron la misma consideración, sin discriminación de raza, ideas, creencias o posición social.

- **Principio de Beneficencia:**

  Se procuró el mayor beneficio posible, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados de la presente tesis en beneficio de las personas.

- **Principio de Ambiente:**

  Al realizar el estudio, se prestó atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

b) Principios Operacionales:

La presente tesis se basa en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11) y fue conducida y manejada por investigadoras bajo la supervisión de un asesor (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y la supervisión de un jurado correctamente convocado y previamente asesorado (Artículo 13); existiendo el compromiso de la publicación responsable de sus resultados (Artículo 16).

5. RESULTADOS.

Tipo de Parto Pretermino en Gestantes Adolescentes, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

TIPO DE PARTO PRETERMINO	N°	%
Tardío	99,0	71,3
Moderado	26,1	18,7
Muy Pretérmino	1,2	8,6
Extremadamente Pretérmino	2	1,4
TOTAL	139	100

En la tabla se puede apreciar que del total de partos Pretermino el 71,3% es tardío, el 18,7% es moderado, mientras que el 8,6% es muy Pretermino y solo un 14% es extremadamente Pretermino.

5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES.

Tabla 1. Grado de instrucción de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	1	0,7	1	0,7	3	2,2	2	1,4	7	5
Primaria	10	7,3	13	9,3	9	6,4	0	0	32	23
Secundaria	67	48,2	8	5,8	0	0	0	0	75	54
Superior	21	15,1	4	2,9	0	0	0	0	25	18
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 95,301$ $p = 0,000$

Se observa que el 54% de las gestantes con parto Pretermino tienen grado de instrucción secundario de las cuales el 48,2% son de parto Pretermino tardío; en segundo lugar el 18% con grado de instrucción superior que tuvieron un parto Pretermino tardío en un 15,1%.

Asimismo, los resultados del análisis estadístico demostraron una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la ocurrencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo ($p < 0,05$).

Tabla 2. Procedencia de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

PROCEDENCIA	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Zona rural	11	7,9	4	2,9	2	1,4	1	0,7	18	12,9
Zona urbana	88	63,4	22	15,8	10	7,2	1	0,7	121	87,1
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 3,016$ $p = 0,389$

Se observa que el 87,1% de las gestantes adolescentes que presentaron parto pretérmino tenían como lugar de procedencia a la zona urbana, de las cuales el 63,4% presentaron parto Pretermino tardío; en segundo lugar el 12,9% que procede de la zona rural, tuvieron parto Pretermino tardío en un 7,9%.

Por otro lado, los resultados del análisis estadístico permitieron concluir la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 3. Estado civil de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

ESTADO CIVIL	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	1	0,7	1	0,7	0	0	0	0	2	1,4
Conviviente	15	10,9	10	7,2	3	2,1	1	0,7	29	20,9
Soltera	82	59	15	10,8	9	6,5	1	0,7	107	77
Otro	1	0,7	0	0	0	0	0	0	1	0,7
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 9{,}991$ $p = 0{,}351$

Se observa que el 77% de las gestantes con parto Pretermino son solteras de las cuales el 59% tuvieron parto Pretermino tardío, en segundo lugar el 20,9% de las gestantes con parto Pretermino son convivientes y presentaron parto Pretermino tardío en un 10,9%.

De otro lado, los hallazgos del análisis estadístico permitieron demostrar la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0{,}05$).

Tabla 4. Ocupación de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

OCUPACIÓN	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	24	17,3	6	4,3	3	2,2	1	0,7	34	24,5
Estudiante	68	48,9	18	12,9	8	5,8	1	0,7	95	68,3
Empleada del sector público y/o privado	1	0,7	0	0	0	0	0	0	1	0,7
Otro	6	4,4	2	1,5	1	0,6	0	0	9	6,5
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 1,348$ $p = 0,998$

Se observa que el 68,3% de gestantes adolescentes que presentaron parto pretérmino, tenían como ocupación el ser estudiantes, seguido por aquellas que se desempeñaban como amas de casa (24,5%), predominando en ambos casos el parto pretérmino tardío, con el 48,9% y 17,3%, respectivamente.

Asimismo, los hallazgos del análisis estadístico no demostraron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la ocupación y la ocurrencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo ($p > 0,05$).

Tabla 5. Ingreso económico mensual de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

INGRESO ECONÓMICO	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
≤ S/. 850.00 s.	54	38,9	20	14,4	11	7,9	2	1,4	87	62,6
> S/. 850.00 s.	45	32,4	6	4,3	1	0,7	0	0	52	37,4
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 10,546$ $p = 0,015$

Se evidencia que el 62,6% de gestantes adolescentes con parto pretérmino tienen un ingreso económico mensual inferior al sueldo mínimo vital, de los cuales el 38,9% tuvieron parto Pretermino tardío y el 14,4% de parto Pretérmino moderado.

De igual manera, producto del análisis estadístico, se demostró una relación estadísticamente significativa entre el ingreso económico mensual y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p < 0,05$).

5.2. FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES.

Tabla 6. Paridad de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

PARIDAD	**PARTO PRETÉRMINO**								**TOTAL**	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	54	38,9	23	16,5	10	7,2	2	1,4	89	64
Primípara	28	20,2	2	1,4	2	1,4	0	0	32	23
Multípara	17	12,2	1	0,8	0	0	0	0	18	13
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 14,272$ $p = 0,027$

Se evidencia que el 64% de gestantes de parto Pretérmino son nulíparas, los cuales tuvieron partos pretérminos tardíos el 38,9% y el 23% de gestantes de parto Pretermino son primíparas que tuvieron el 20,2% partos pretérminos tardíos.

Asimismo, los resultados del análisis estadístico demostraron una relación estadísticamente significativa entre la paridad y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p < 0,05$).

Tabla 7. Número de gestaciones de las embarazadas adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

NÚMERO DE GESTACIONES	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primigesta	45	32,4	20	14,4	11	7,9	2	1,4	78	56,1
Secundigesta	37	26,6	3	2,2	1	0,7	0	0	41	29,5
Multigesta	17	12,3	3	2,1	0	0	0	0	20	14,4
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 17,432$ $p = 0,008$

Se observa que el 56,1% de las gestantes con partos pretérminos son primigestas de las cuales el 32,4% terminaron en parto pretérmino; y el 29,5% de las gestantes con parto pretérmino son Secundigestas con un 26,6% que terminaron en parto Pretermino tardío.

De igual manera, los resultados del análisis estadístico demostraron una relación estadísticamente significativa entre el número de gestaciones y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p < 0,05$).

Tabla 8. Periodo intergenésico de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

PERIODO INTERGENÉSICO	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 2 años	11	7,9	3	2,2	1	0,7	1	0,7	16	11,5
≥ 2 años	32	23	8	5,8	4	2,9	1	0,7	45	32,4
Otras edades	56	40,4	15	10,7	7	5	0	0	78	56,1
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 4,057$ $p = 0,669$

Se observa que el 56,1% de las gestantes con parto Pretermino, con un período intergenésico de otras edades el 40,4% terminaron en parto Pretérmino tardíos; y el 32,4% de parto Pretérmino con un periodo intergenésico mayor a 2 años terminaron el 23% en parto Pretermino tardío.

De otro lado, los hallazgos del análisis estadístico permitieron concluir la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre el período intergenésico y la ocurrencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 9. Vía de terminación del embarazo anterior de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Vaginal	28	20,2	7	5	3	2,2	1	0,7	39	28,1
Cesárea	16	11,5	4	2,9	2	1,4	0	0	22	15,8
Primigesta	55	39,6	15	10,8	7	5	1	0,7	78	56,1
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 0,770$ $p = 0,993$

Se observa que un 56,1% de gestantes adolescentes con parto pretérmino son primigesta, terminaron su gestacion en parto pretermino tardío un 39,6%; y el 28,1% de gestantes adolescentes con parto pretérmino, tuvieron como vía de terminación de su embarazo anterior al parto vaginal, habiendo presentado en su gestación actual un parto pretérmino tardío (20,2%).

Asimismo, producto del análisis estadístico no se demostró una relación estadísticamente significativa entre la vía de terminación del embarazo anterior y la presencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 10. Resultado de gestaciones previas de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

RESULTADO DE GESTACIONES PREVIAS	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aborto	13	9,4	4	2,9	2	1,4	0	0	19	13,7
Parto pretérmino	10	7,2	3	2,2	1	0,7	0	0	14	10,1
Parto a término	20	14,4	5	3,5	2	1,5	1	0,7	28	20,1
Otras patologías	56	40,3	14	10,1	7	5	1	0,7	78	56,1
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 1,742$ $p = 0,995$

Se evidencia que el 56,1% de partos Pretérmino se dieron en otras patologías, lo cual el 40,3% terminaron en parto Pretermino tardío; y el 20,1% de partos Pretérmino se dieron en aquellas gestantes adolescentes que tenían como antecedente la ocurrencia de un parto a término en sus gestaciones previas; terminando el 14,4% en parto Pretermino tardío.

De otro lado, los hallazgos del análisis estadístico permitieron concluir la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre el resultado de gestaciones previas y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 11. Atención prenatal de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

ATENCIÓN PRENATAL	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 6 APN	13	9,4	4	2,9	2	1,4	0	0	19	13,7
≥ 6 APN	86	61,9	22	15,8	10	7,2	2	1,4	120	86,3
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 0,497$ $p = 0,920$

Se observa que el 86,3% de las gestantes adolescentes con parto pretérmino tuvieron 6 o más controles prenatales, correspondiendo el mayor porcentaje de dicha situación a las gestantes con parto pretérmino tardío, con el 61,9% de casos, mientras que el 13,7% de las gestantes adolescentes con parto pretérmino tuvieron menos de 6 controles prenatales y a la vez presentaron parto pretérmino tardío en un 9,4%.

Asimismo, producto del análisis estadístico no se demostró una relación estadísticamente significativa entre la atención prenatal y la ocurrencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

5.3. FACTORES PATOLÓGICOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES.

Tabla 12. Infección del tracto urinario en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bacteriuria asintomática	29	20,9	2	1,4	1	0,7	0	0	32	23
Cistitis	37	26,6	5	3,6	3	2,2	1	0,7	46	33,1
Pielonefritis	0	0	1	0,8	8	5,7	1	0,7	10	7,2
Ninguna	33	23,8	18	12,9	0	0	0	0	51	36,7
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 92,961$ $p = 0,000$

Se observa que 36,7% de gestantes adolecentes con parto pretermino no presentaron infección del tracto urinario, pero al mismo tiempo tuvieron parto pretermino tardio en un 23,8%; y la mayoría de gestantes adolescentes que presentaron infección del tracto urinario durante el período de estudio, fueron diagnosticadas con cistitis (33,1%), seguido de las gestantes con bacteriuria asintomática (23%), evidenciándose que la mayor proporción de dichas gestantes presentaron partos pretérminos tardíos con el 26,6% y 20,9%, respectivamente.

De otro lado, los hallazgos del análisis estadístico demostraron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la infección del tracto urinario y la presencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p < 0,05$).

Tabla 13. Infecciones vaginales en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

INFECCIONES VAGINALES	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	44	31,7	18	12,9	10	7,2	2	1,4	74	53,2
No	55	39,6	8	5,8	2	1,4	0	0	65	46,8
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 11,869$ $p = 0,008$

Se observa que el 53,2% de las gestantes adolescentes con parto pretérmino presentaron infecciones vaginales, lo cual el 31.7% termino en parto pretérmino tardío; y el 46,8% de las gestantes adolescentes con parto pretérmino no presentaron infecciones vaginales, lo cual el 39,6% termino en parto pretérmino tardío.

Asimismo, los resultados del análisis estadístico demostraron una relación estadísticamente significativa entre las infecciones vaginales y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p < 0,05$).

Tabla 14. Anemia en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

ANEMIA	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	47	33,9	2	1,4	2	1,4	0	0	51	36,7
Moderada	15	10,8	5	3,6	4	2,9	1	0,7	25	18
Severa	1	0,7	7	5,1	6	4,3	1	0,7	15	10,8
Ninguna	36	25,9	12	8,6	0	0	0	0	48	34,5
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 55,257$ $p = 0,000$

Se muestra que la mayoría de gestantes con parto pretérmino presentaron anemia, de las cuales el 36,7% fueron diagnosticadas con anemia leve, evidenciándose que un 33,9% de ellas presentaron partos pretérminos tardíos, así mismo un 34,5% ninguna tuvo anemia, evidenciándose que un 25,9% de ellas presentaron partos pretérminos tardíos.

De otro lado, los hallazgos del análisis estadístico demostraron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la anemia y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p < 0,05$).

Tabla 15. Preeclampsia en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

	PARTO PRETÉRMINO									
PREECLAMPSIA	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremada mente pretérmino (22-28ss)		**TOTAL**	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	22	15,8	6	4,3	3	2,2	0	0	31	22,3
No	77	55,5	20	14,4	9	6,4	2	1,4	108	77,7
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 0,634$ $p = 0,889$

Se evidencia que la mayoría de gestantes adolescentes con parto pretérmino no presentaron preeclampsia durante su embarazo (77,7%), de las cuales el 55.5% presentan parto pretérmino tardío; y el 22,3% de las gestantes con parto pretérmino presentaron preeclampsia durante su embarazo, de los cuales el 15,8% presentan parto pre término tardío.

De igual manera, producto del análisis estadístico, se demostró la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre la preeclampsia y la ocurrencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 16. Embarazo múltiple en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

EMBARAZO MÚLTIPLE	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	3	2,2	1	0,7	0	0	0	0	4	2,9
No	96	69,1	25	18	12	8,6	2	1,4	135	97,1
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 0,510$ $p = 0,917$

Se observa que la mayoría de gestantes adolescentes con parto pretérmino no tuvieron embarazo múltiple (97,1%), al mismo tiempo tuvieron parto pretermino en un 69,1% y parto pretérmino moderado en un 18%.

Asimismo, los resultados del análisis estadístico permitieron concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre el embarazo múltiple y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 17. Rotura prematura de membranas en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremada mente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	14	10,1	4	2,9	2	1,4	0	0	20	14,4
No	85	61,2	22	15,8	10	7,2	2	1,4	119	85,6
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 0,413$ $p = 0,938$

Se muestra que la mayor proporción de gestantes adolescentes no presentaron rotura prematura de membranas (85,6%), y al mismo tiempo tuvieron parto pretérmino tardio en un 61,2%.

De otro lado, los hallazgos del análisis estadístico no demostraron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la rotura prematura de membranas y la presencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 18. Patologías uterinas en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

PATOLOGÍAS UTERINAS	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	2	1,4	0	0	0	0	0	0	2	1,4
No	97	69,9	26	18,7	12	8,6	2	1,4	137	98,6
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 0,820$ $p = 0,845$

Se observa que un 98,6% de gestantes adolescentes con parto pretérmino no presentaron patologías uterinas y tuvieron parto pretérmino (69,9%); mientras que solo un 1,4% de gestantes adolescentes con parto pretérmino presentaron patologías uterinas, correspondiendo ese mismo porcentaje a las gestantes con parto pretérmino tardío.

Por otro lado, los hallazgos del análisis estadístico demostraron la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre las patologías uterinas y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

Tabla 19. Consumo de sustancias adictivas en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bebidas alcohólicas	3	2,2	4	2,9	8	5,7	2	1,4	17	12,2
Tabaco	0	0	5	3,6	4	2,9	0	0	9	6,5
Otras drogas	0	0	2	1,4	0	0	0	0	2	1,4
Ninguna	96	69,1	15	10,8	0	0	0	0	111	79,9
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 100,281$ $p = 0,000$

Se evidencia que un 79,9% de las gestantes adolescentes con parto pretérmino no han consumida ninguna sustancia adictiva durante su embarazo, de las cuales el 69,1% presentaron parto pretérmino tardío y el 10,8% parto pretérmino moderado.

De igual manera, producto del análisis estadístico, se demostró la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias adictivas y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p < 0,05$).

Tabla 20. Patologías fetales en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

PATOLOGÍAS FETALES	PARTO PRETÉRMINO								TOTAL	
	Tardío (34-36 ss.)		Moderado (32-33ss)		Muy pretérmino (28-31ss)		Extremadamente pretérmino (22-28ss)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	4	2,9	1	0,7	0	0	0	0	5	3,6
No	95	68,4	25	18	12	8,6	2	1,4	134	96,4
TOTAL	99	71,3	26	18,7	12	8,6	2	1,4	139	100

$X^2_c = 0,583$ $p = 0,900$

Se pone de manifiesto que un 96,4% de gestantes adolescentes con parto pretérmino no presentaron patologías fetales, de las cuales el 68,4% presentaron parto pretérmino tardío; y el 3,6% de gestantes adolescentes con parto pretérmino presentaron patologías fetales, con apenas un 2,9% de gestantes con dichas patologías y parto pretérmino tardío.

Por otro lado, los hallazgos del análisis estadístico demostraron la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre las patologías fetales y el parto pretérmino en las gestantes adolescentes ($p > 0,05$).

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente tesis con respecto al primer objetivo específico orientado a identificar los factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, fueron dados a conocer en las tablas 1, 2, 3, 4 y 5; en las cuales se evidenció que la mayor proporción de gestantes adolescentes y parto pretérmino atendidas en el Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo durante el período 2015-2016, cuentan con estudios secundarios (54%), son procedentes de la zona urbana (87,1%), solteras (77%), estudiantes (68,3%) y con un ingreso económico mensual inferior al sueldo mínimo vital (62,6%); concluyéndose después del análisis estadístico, que los únicos factores sociodemográficos que tienen una relación estadísticamente significativa con la ocurrencia de parto pretérmino en las gestantes adolescentes son el grado de instrucción y el ingreso económico mensual ($p < 0,05$), no resultando de influencia la procedencia, el estado civil y la ocupación ($p > 0,05$).

Resultados similares fueron reportados por Loáisiga en Nicaragua, en cuya investigación las embarazadas con riesgo de prematurez fueron aquellas con escolaridad secundaria y de ocupación ama de casa, constituyéndose el grado de instrucción y la ocupación en factores predisponentes y causantes para presentar parto pretérmino [14], resultado que con excepción de la ocupación, guarda relación con los hallazgos de la presente tesis, al igual que con las investigaciones de Barrera en Colombia [10] y Cuzcano en el Hospital Sergio Bernales de Lima-Perú [16].

Al respecto, el estudio desarrollado por Suntaxi en Ecuador, permitió determinar que las adolescentes con una instrucción intermedia, completando el bachillerato, son las que en mayor porcentaje presentan partos pretérminos en un 77,3%, encontrándose un porcentaje mayoritario de gestantes adolescentes solteras con un 61%, realidad frente a la cual se enfatizó en que los profesionales de la salud, deben de tomar acciones en un futuro no muy lejano, en lo posible inmediato, para que las cifras de embarazo en adolescentes disminuyan; objetivo que no se debe limitar a un frío cálculo estadístico sino a la consecuencia directa de una menor cantidad de partos pretérmino en adolescentes [(12)].

Manrique por su parte, en su estudio llevado a cabo en Venezuela, concluyó que la pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el parto pretérmino en el embarazo en adolescentes [(15)]; conclusión también compartida por De Rodríguez en el mismo país de Venezuela [(13)] y Solís en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao-Perú, para quien la falta de apoyo económico de la pareja [OR=6,857] y la falta de apoyo económico de la familia [OR=8,390] de la gestante adolescente, ocasiona un incremento en la ocurrencia de casos de parto prematuro [(19)].

Con respecto a la determinación de los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, el mismo que se constituyó en el segundo objetivo específico de la presente tesis, los resultados fueron dados a conocer en las tablas 6, 7, 8, 9, 10 y 11, en las cuales se observó que los mayores porcentajes de parto pretérmino se dieron en las gestantes adolescentes nulíparas (64%), primigestas (56,1%), con un período intergenésico mayor a 2 años

(32,4%), parto vaginal (28,1%), antecedente de parto a término en sus gestaciones previas (20,1%) y gestantes con 6 o más atenciones prenatales (86,3%); hallazgos que luego de aplicada la prueba estadística Chi cuadrado, permitieron concluir que los factores obstétricos estudiados como la paridad y el número de gestaciones están asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca – Cajatambo ($p < 0,05$), con excepción del periodo intergenésico, vía de terminación del embarazo anterior, resultado de gestaciones previas y la atención prenatal ($p > 0,05$), los cuales resultaron no significativos.

Resultados similares fueron dados a conocer por Loáisiga en Nicaragua, en donde la historia Gíneco-obstétrica predominante fue que gran parte de la población adolescente con parto prematuro era primigesta, sin antecedentes de aborto ni de partos prematuros. Asimismo, en el caso de este estudio, el haber acudido a menos de 4 controles prenatales resultó ser un factor predisponente y causante para presentar parto pretérmino [14], condición que en la presente tesis no fue significativa, probablemente debido a que el 86,3% de las gestantes adolecentes tenían 6 o más atenciones prenatales.

Al respecto, Barrera, encontró en Colombia que en cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33,3% asistió de 4 a 6 controles y 26,7% asistió de 7 a 9 controles, por lo que concluyó que la baja asistencia a controles prenatales se encuentra asociada al parto prematuro [10], hallazgo similar al reportado por De Rodríguez en Venezuela, cuya población adolescente

además no presentaba abortos en 82,93%; siendo primíparas (72,68%) y con nacimiento anteriores por parto vaginal (56,59%) [13].

En el caso del Perú, Cuzcano en la ciudad de Lima, determinó que el 96% de las gestantes adolescentes no tienen parto pretérmino previo, siendo en su mayoría primigestas [16]; mientras que Sam en su estudio llevado a cabo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, concluyó de manera opuesta que entre los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino se destaca la condición de multípara (OR=12,4) ($p<0,05$) [17].

García, por su parte, encontró en el Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé", que en lo que respecta al número de abortos, no se observa asociación con el parto pretérmino ($p>0,05$) [3].

Finalmente, los resultados con respecto al tercer y último objetivo específico orientado a identificar los factores patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, fueron dados a conocer en las tablas 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20, en las cuales se evidenció que un 33,1% de gestantes presentaron cistitis, bacteriuria asintomática (23%), infecciones vaginales (53,2%), anemia (65,5%), preeclampsia (22,3%), embarazo múltiple (2,9%), rotura prematura de membranas (14,4%), patologías uterinas (1,4%), consumo de sustancias adictivas (20,1%) y patologías fetales (3,6%). Asimismo, los hallazgos del análisis estadístico demostraron que la infección del tracto urinario, infecciones vaginales, anemia y consumo de sustancias adictivas se constituyen en los únicos factores patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, no resultando de influencia el resto de factores

estudiados como la preeclampsia, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, patologías uterinas y patologías fetales.

Lo manifestado en el párrafo anterior guarda relación con lo hallado por Barrera en Colombia, en donde se identificaron a los siguientes factores como eventos asociados al parto pretérmino: Infección de vías urinarias (30,5%), vaginosis (26,7%), anemia (23,3%), consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo (35,3%) y preeclampsia (20%), resultando este último factor como no significativo en la presente tesis [(10)].

Suntaxi, por su parte, llevó a cabo una investigación en Ecuador, en donde identificó que las patologías más frecuentes que provocan o que tienen relación con el parto pretérmino son la infección de vías urinarias (IVU) con un 51% de resultados positivos en las adolescentes, además de las infecciones cérvico vaginales (vaginitis), las cuales tienen un porcentaje significativo (35%), teniendo la anemia un porcentaje más inferior (3%) [(12)].

De forma similar, Cuzcano en Lima-Perú, encontró que el 94,64% de gestantes adolescentes con parto pretérmino no consume tabaco, siendo la patología más frecuente la infección urinaria [(16)]; conclusión similar a la dada a conocer por Sam en Lambayeque-Perú, en donde además se destaca la presencia de la ruptura prematura de membranas (32,3%), preeclampsia (28,0%) y anemia moderada con 78,6% (OR=14,34) [(17)].

De igual manera, Guillén en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de Lima-Perú, no solo identificó que la patología materna infecciosa de mayor

frecuencia entre los casos de gestantes adolescentes con parto pretérmino fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%), sino que también dio a conocer la presencia de patologías maternas metabólicas como la diabetes gestacional (14%) [18], complicación que en el caso de la presente tesis no fue estudiada, quedando como tema de futuras investigaciones.

7. CONCLUSIONES.

1. Los factores que están asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo son los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos, los cuales en su mayoría presentan una relación estadísticamente significativa.

2. Los factores sociodemográficos que influyeron en forma significativa fueron: El grado de instrucción con estudios secundarios (54%) y el ingreso económico mensual inferior al sueldo mínimo (62.6%), están asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, no sucediendo lo mismo con la procedencia, estado civil y ocupación, los cuales resultaron no significativos.

3. Los factores obstétricos que influyeron en forma significativa fueron: La paridad siendo el más relevante la Nuliparidad (64%) y el número de gestaciones observándose mayor incidencia en las Primigestas (56.1%) que están asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Barranca - Cajatambo, con excepción del periodo intergenésico, vía de terminación del embarazo anterior, resultado de gestaciones previas y la atención prenatal.

4. La infección del tracto urinario (63.3%), infecciones vaginales (53.2%), anemia (65.5%) y consumo de sustancias adictivas (20.1%) se constituyen en los únicos factores patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, no resultando de influencia la pre eclampsia, embarazo

múltiple, rotura prematura de membranas, patologías uterinas y patologías fetales.

8. RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere a las autoridades de las instituciones de salud y del gobierno central, la puesta en marcha de proyectos concretos que tomen en cuenta los resultados de la presente investigación y de otras relacionadas con respecto a los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, a fin de disminuir la prevalencia de dicha complicación obstétrica en estas gestantes, cuya edad y presencia de factores específicos las expone a un riego de morbilidad materno-perinatal.

2. Las autoridades del Ministerio de Salud deben poner mayor énfasis en la creación de programas y estrategias que busquen abordar la presencia de complicaciones relacionadas al parto pretérmino en grupos poblacionales de riesgo como las gestantes adolescentes, estableciendo criterios de atención y detección oportuna de factores condicionantes como por ejemplo la presencia de infección del tracto urinario, lo cual permitirá su identificación y tratamiento oportuno.

3. Los profesionales en Obstetricia deben procurar su capacitación en temas actuales relacionados a la maternidad en adolescentes, cuyas características implican la aplicación de protocolos diferenciados durante la atención obstétrica y neonatal.

4. Se sugiere a los profesionales de la salud y otras personas dedicadas al trabajo en el área de Obstetricia, continuar con estudios relacionados con el tema de la presente tesis, a fin de encontrar nuevas alternativas de solución que

ayuden a la prevención y disminución de los factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [sitio web] [citado 21 Setiembre 2016] [1 pantalla]. Disponible en: URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/

2. Ordoñez V. Factores y marcadores de riesgo del parto pretérmino en las gestantes adolescentes y mayores de 35 años atendidas en el Hospital Teófilo Dávila en el año 2013 [tesis titulación]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2014.

3. García B. Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé" durante enero a febrero del año 2015 [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

4. Jaramillo J, López I, Arango F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales, Junio 2006. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2006; 57(2): 74-81.

5. Huaroto K, Paucca M, Polo M, Meza J. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica. Rev. Méd. Panacea 2013; 3(2): 27-31.

6. Alonso N, Mazal G, Olivera V, Conti R. Prematurez y su asociación con la edad materna en el Hospital San Juan Bautista de Corrientes. Argentina: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud; 2007.

7. Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 – diciembre 2012 [tesis titulación]. Tacna: Universidad Jorge Basadre Grohmann; 2013.

8. Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo. Reporte estadístico 2016. Barranca: Dirección Ejecutiva; 2017.

9. Laterra C, Susacasa S, Di Marco I, Valenti E. Guía de práctica Clínica: Amenaza de parto pretérmino 2011. [sitio web] [citado 22 Setiembre 2016] [16 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/Revista_Sarda/2012/Amenaza_de_Parto_Pretermino

10. Barrera L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [serial online] 2016 [citado el 23 de Setiembre del 2016]; 48: [13 pantallas]. Disponible en: URL: http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/769/1295.

11. Nunes R, et al. Análise da prevalência do parto prematuro ajustado pela idade materna no Município de Ponta Grossa. Conex 2015; 1(2): 1-5.

12. Suntaxi I. Prevalencia del parto pretérmino en adolescentes que fueron atendidas en el área de emergencia del Hospital Gíneco-obstétrico “Isidro Ayora” evaluación del manejo obstétrico periodo enero – junio 2012 [tesis maestría]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.

13. De Rodríguez I, et al. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [serial online] 2013 [citado el 23 de Setiembre del 2016]; 73(3): [14 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art03.pdf.

14. Loáisiga J, Medina J. Adolescencia como factor de riesgo de prematurez en niños nacidos en el HEODRA, julio 2009 – julio 2011 [tesis titulación]. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013.

15. Manrique R, et al. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [serial online] 2008 [citado el 22 de Setiembre del 2016]; 68(3): [6 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n3/art02.pdf.

16. Cuzcano A. Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015 [tesis titulación]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.

17. Sam D, Zatta J. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo durante el 2014 [tesis titulación]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015.

18. Guillén J. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014 [tesis segunda especialidad]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015.

19. Solís R. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – marzo 2014 [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

20. Peña G, et al. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez [serial online] 2007 [citado el 22 de Setiembre del 2016]; 67(1): [1 pantalla]. Disponible en: URL: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=466037&indexSearch=ID

21. Amaro F, et al. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Archivo Médico de Camagüey [serial online] 2006 [citado el 22 de Setiembre del 2016]; 10(6): [8 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906006.

22. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, et al. Births: Final data for 2011. Natl Vital Stat Rep 2013; 62: 1.

23. American Congress of Obstetricians and Gynecologists ACOG. Committee Opinion N° 579: Definition of term pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 122: 1139.

24. Ministerio de Salud Pública. Componente normativo materno. Bogotá: CONASA; 2008.

25. Ministerio de Salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Lima: MINSA; 2004.

26. Vogelmann R, Sánchez E, Sartori M. Muerte fetal intrauterina. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina 2008; 18(8): 10-17.

27. Rodríguez D, et al. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: Un estudio multicéntrico. Trujillo Metropolitano, 2011–2013. UCV-Scientia 20014; 6(2): 143-47.

28. Chira J, Sosa J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense 2015; 2(2): 7-18.

29. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México (DF): Editorial McGraw-Hill; 2009.

30. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación. Washington D. C.: OPS; 2009.

31. Freund J. Estadística elemental. México (DF): Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana; 2010.

32. Hopkins B. Estadística básica para las ciencias sociales y del comportamiento. México (DF): Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana; 2011.

33. World Medical Association. Declaración de Helsinki. Finlandia: WMA; 2010.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES, HOSPITAL DE APOYO BARRANCA-CAJATAMBO, 2015-2016"

I. DATOS GENERALES:

N° DE HISTORIA CLÍNICA: ☐

FECHA: ☐

II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- ☐ Analfabeta.
- ☐ Primaria.
- ☐ Secundaria.
- ☐ Superior.

PROCEDENCIA:

- ☐ Zona rural.
- ☐ Zona urbana.

ESTADO CIVIL:

- ☐ Casada.
- ☐ Conviviente.
- ☐ Soltera.

- ☐ Otro.

OCUPACIÓN:

- ☐ Ama de casa.
- ☐ Estudiante.
- ☐ Empleada del sector público y/o privado.
- ☐ Otro.

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL:

- ☐ < S/. 850.00 s.
- ☐ ≥ S/. 850.00 s.

III. FACTORES OBSTÉTRICOS:

PARIDAD:

- ☐ Nulípara.
- ☐ Primípara.
- ☐ Multípara.

GESTACIONES:

- ☐ Primigesta.
- ☐ Secundigesta.
- ☐ Multigesta.

PERIODO INTERGENÉSICO:

- ☐ < 2 años.
- ☐ ≥ 2 años.
- ☐ No aplica.

VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR:

- ☐ Vaginal.

- ☐ Cesárea.
- ☐ No aplica.

RESULTADO DE GESTACIONES PREVIAS:

- ☐ Aborto.
- ☐ Parto pretérmino.
- ☐ Parto a término.
- ☐ No aplica.

ATENCIÓN PRENATAL:

- ☐ < 6 APN.
- ☐ ≥ 6 APN.

IV. FACTORES PATOLÓGICOS:

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO:

- ☐ Bacteriuria asintomática.
- ☐ Cistitis.
- ☐ Pielonefritis.
- ☐ Ninguna.

INFECCIONES VAGINALES:

- ☐ Sí.
- ☐ No.

ANEMIA:

- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Severa
- ☐ Ninguna

PREECLAMPSIA:

- ☐ Sí.
- ☐ No.

EMBARAZO MÚLTIPLE:

- ☐ Sí.
- ☐ No.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

- ☐ Sí.
- ☐ No.

PATOLOGÍAS UTERINAS:

- ☐ Sí.
- ☐ No.

CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS:

- ☐ Bebidas alcohólicas.
- ☐ Tabaco.
- ☐ Otras drogas.
- ☐ Ninguna.

PATOLOGÍAS FETALES:

- ☐ Sí.
- ☐ No.

V. PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES:

- ☐ Parto pretérmino tardío (34-36 semanas).
- ☐ Parto pretérmino moderado (32-33 semanas).
- ☐ Parto muy pretérmino (28-31 semanas).

- ☐ Parto extremadamente pretérmino (22-28 semanas).

ANEXO Nº 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo a su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (…)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (…)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (…)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (…)
5. Los ítems están redactados correctamente (…)
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado (…)
7. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (…)
8. La hipótesis está formulada correctamente (…)

LEYENDA	PUNTUACIÓN
DA: De Acuerdo	1
ED: En Desacuerdo	0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	0	1	1	7
II	1	1	1	1	1	0	1	1	7
III	1	1	1	1	0	0	1	1	6
IV	1	1	1	1	1	0	1	1	7
V	1	1	1	1	1	0	1	1	7
TOTAL	5	5	5	5	4	0	5	5	34

ANEXO Nº 03

PRUEBA DE CONCORDANCIA DE KENDALL

Realizado el contraste con la prueba de concordancia de Kendall se obtuvo como resultado un instrumento de investigación válido:

Estadísticos de contraste

N	5
W de Kendall[a]	,902
Sig. asintót.	,001

[a]. Coeficiente de concordancia de Kendall

ANEXO Nº 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Realizado el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según se detalla a continuación:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,822	,819	21

ANEXO Nº 05

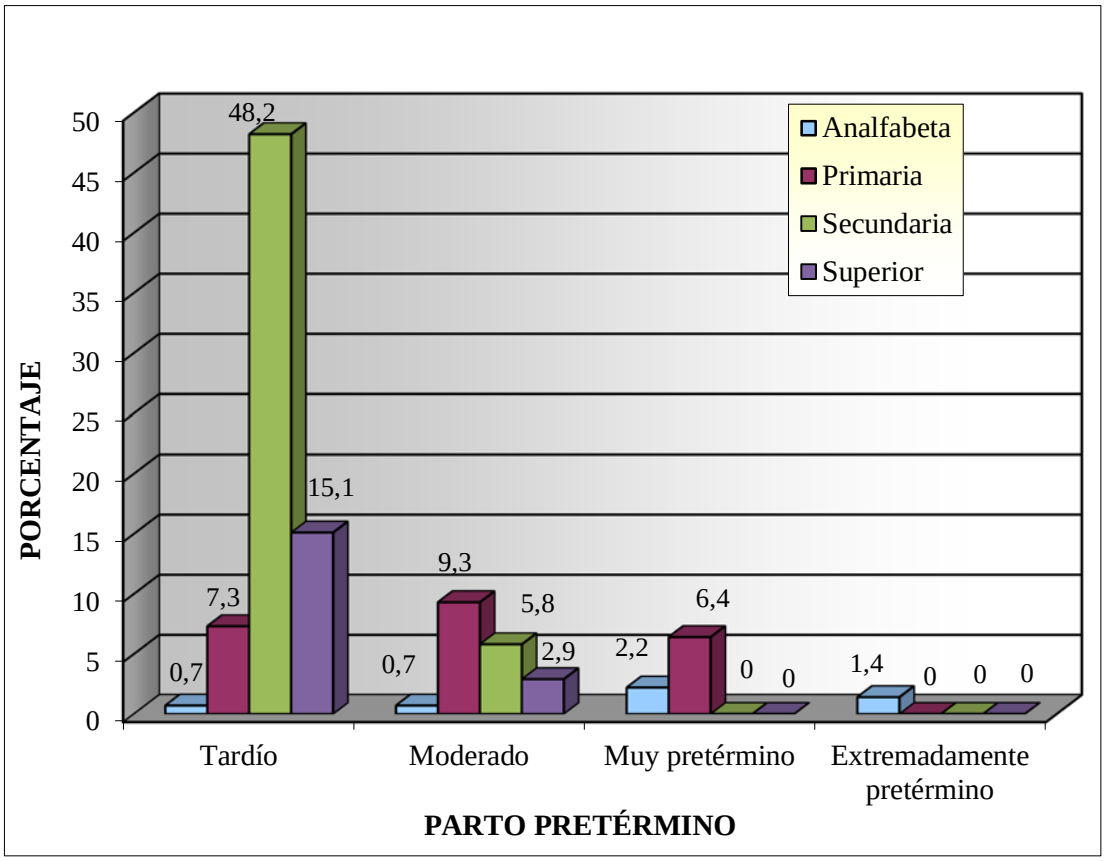

Figura 1. Grado de instrucción de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

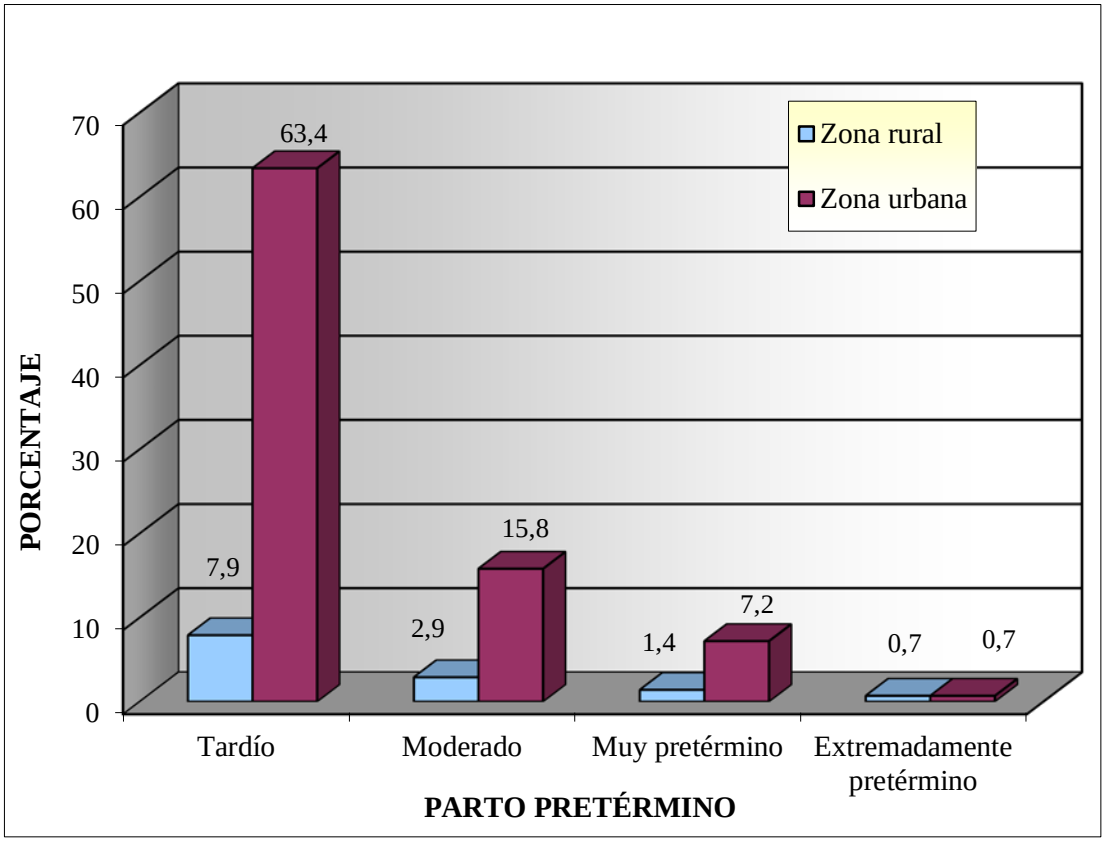

Figura 2. Procedencia de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

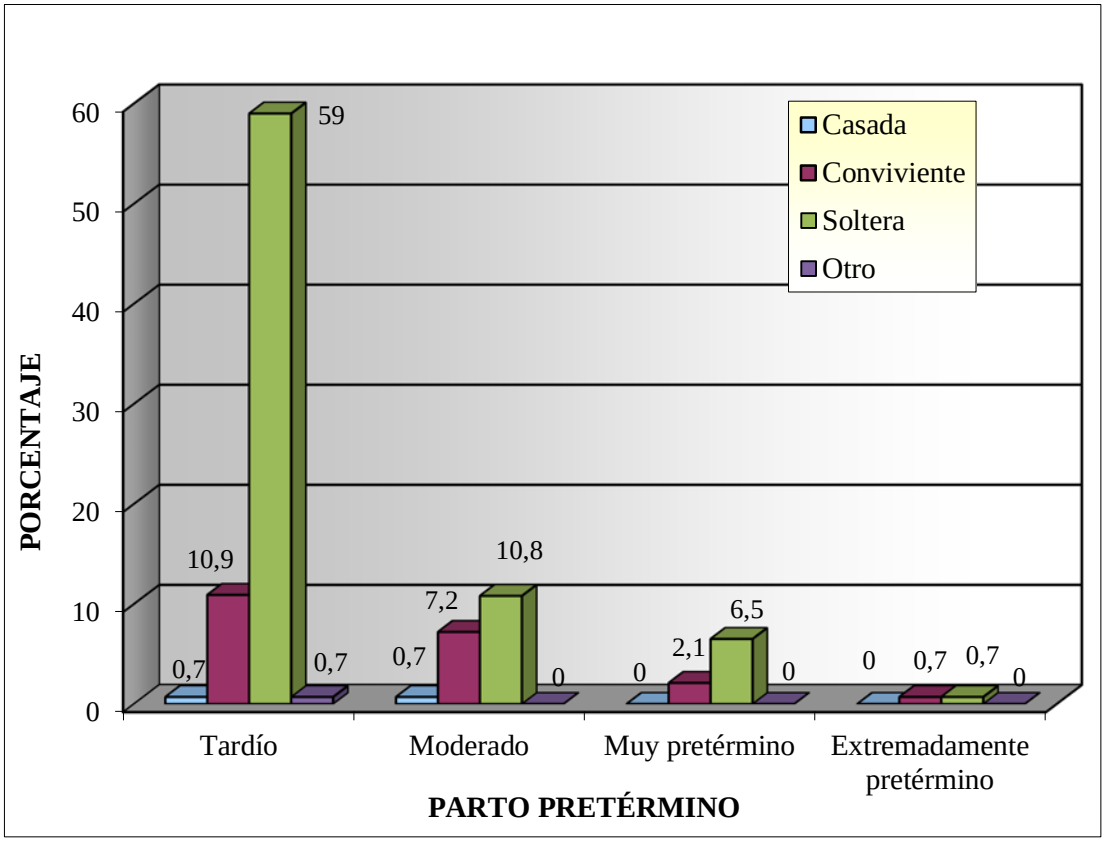

Figura 3. Estado civil de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

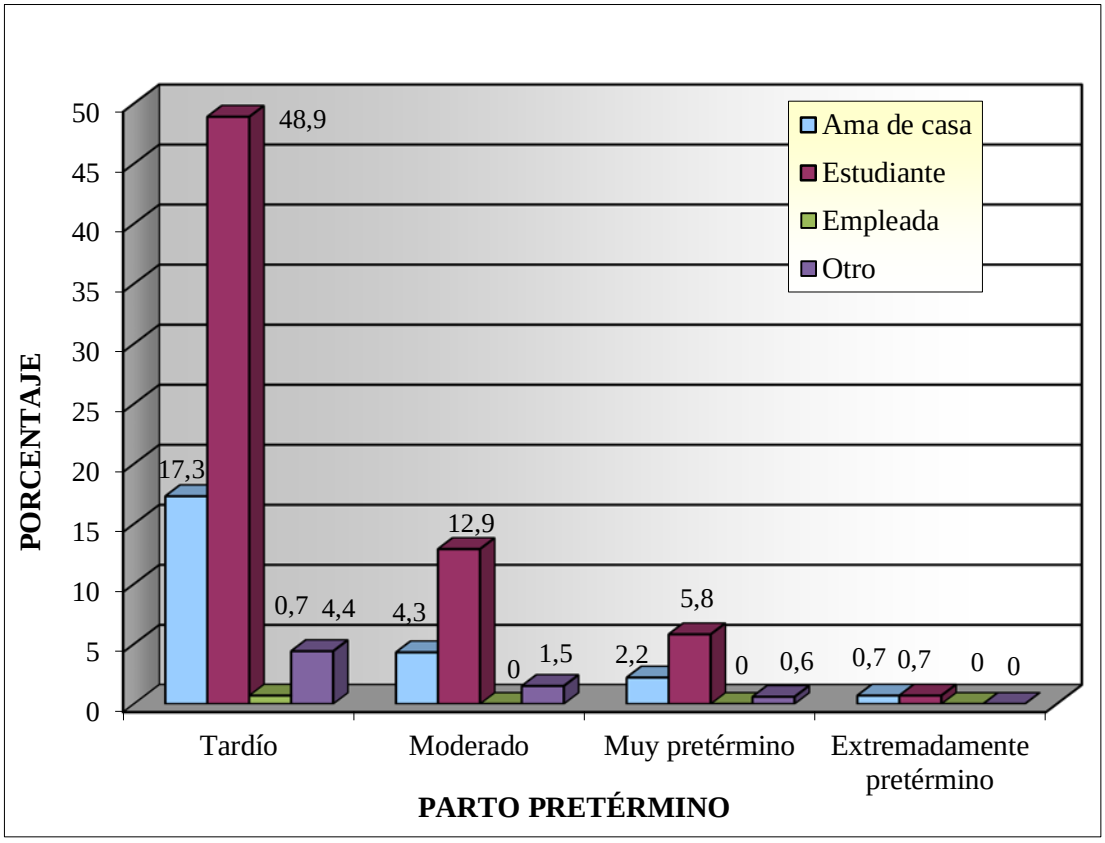

Figura 4. Ocupación de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

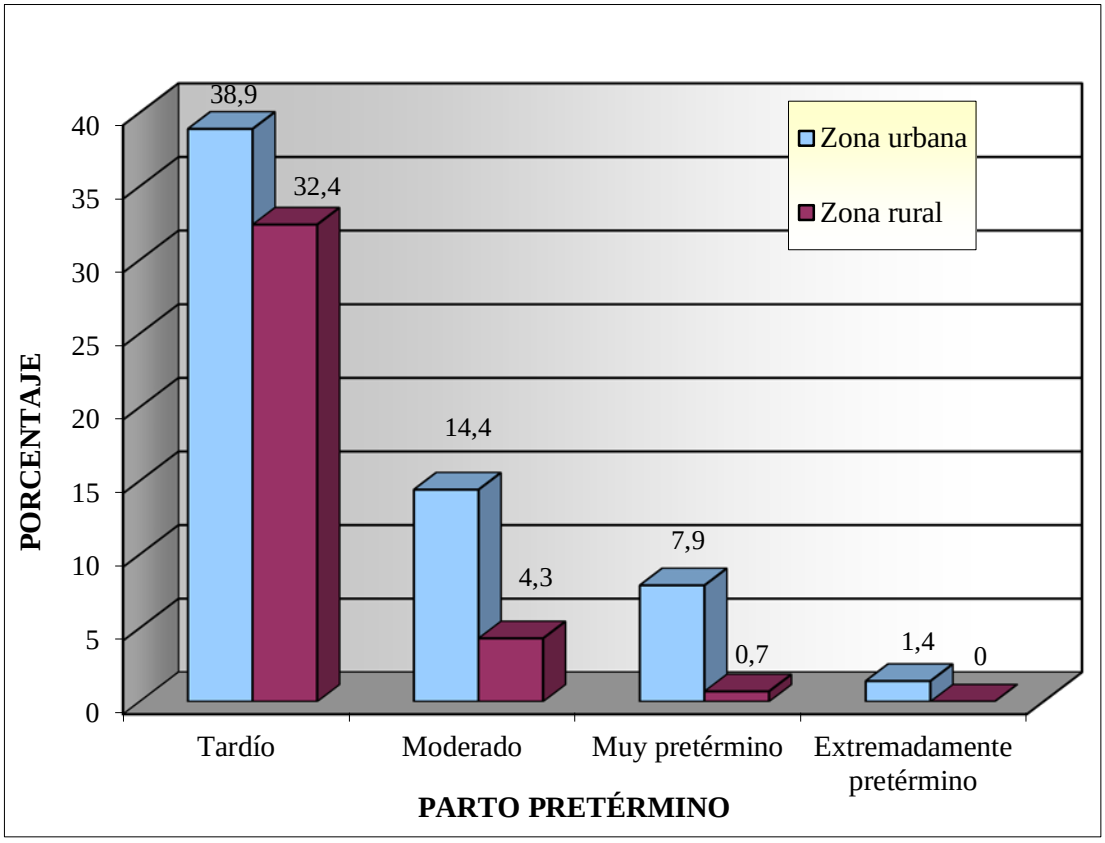

Figura 5. Ingreso económico mensual de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

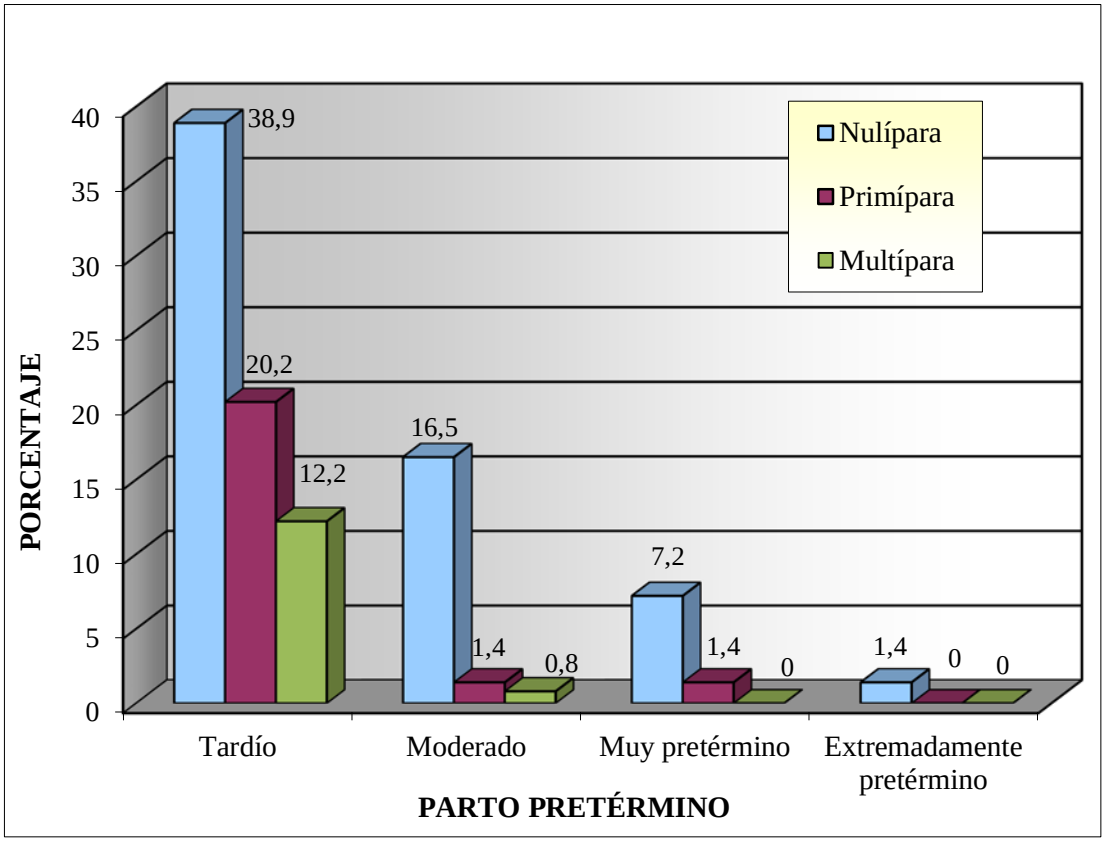

Figura 6. Paridad de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

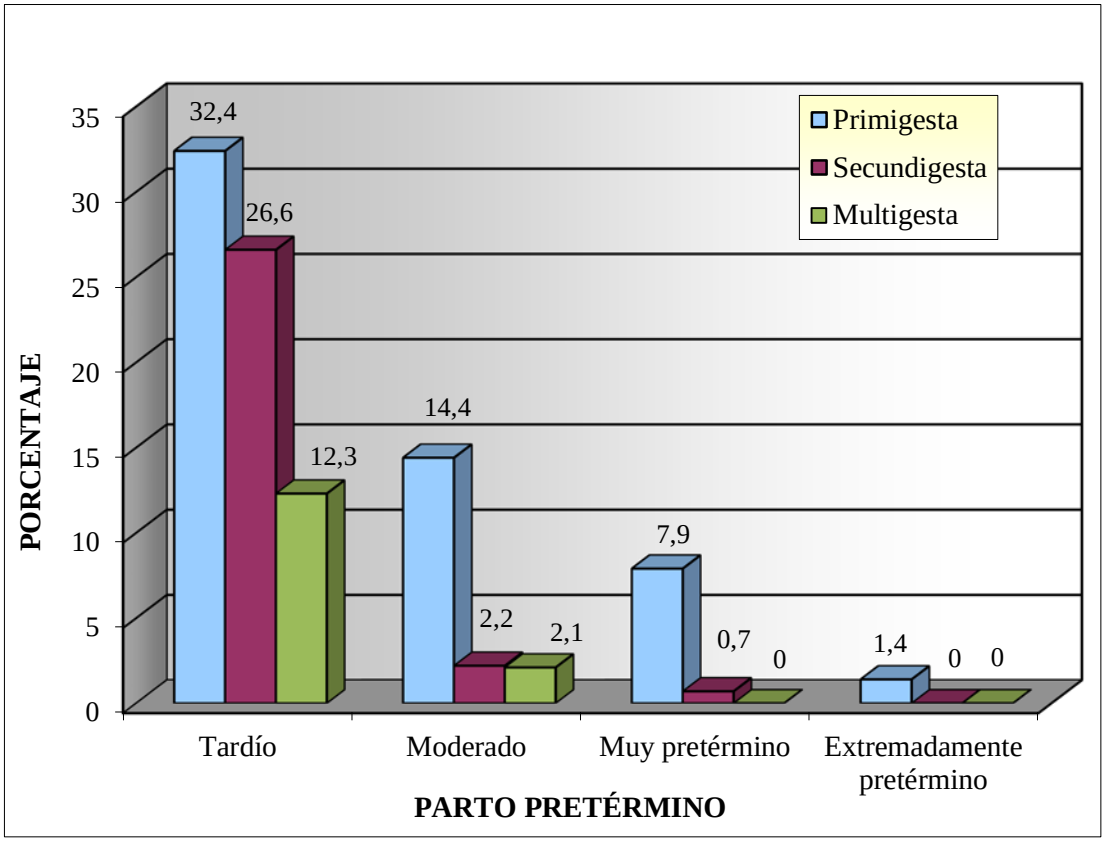

Figura 7. Número de gestaciones de las embarazadas adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

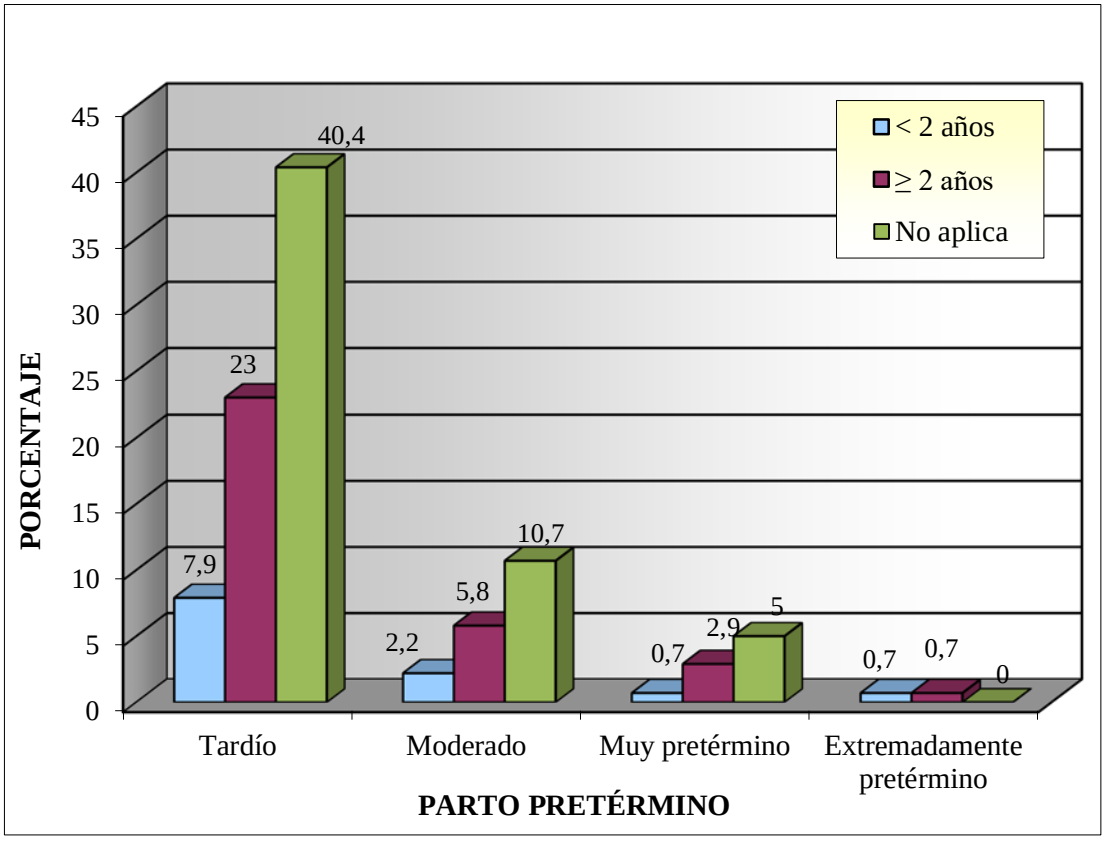

Figura 8. Periodo intergenésico de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

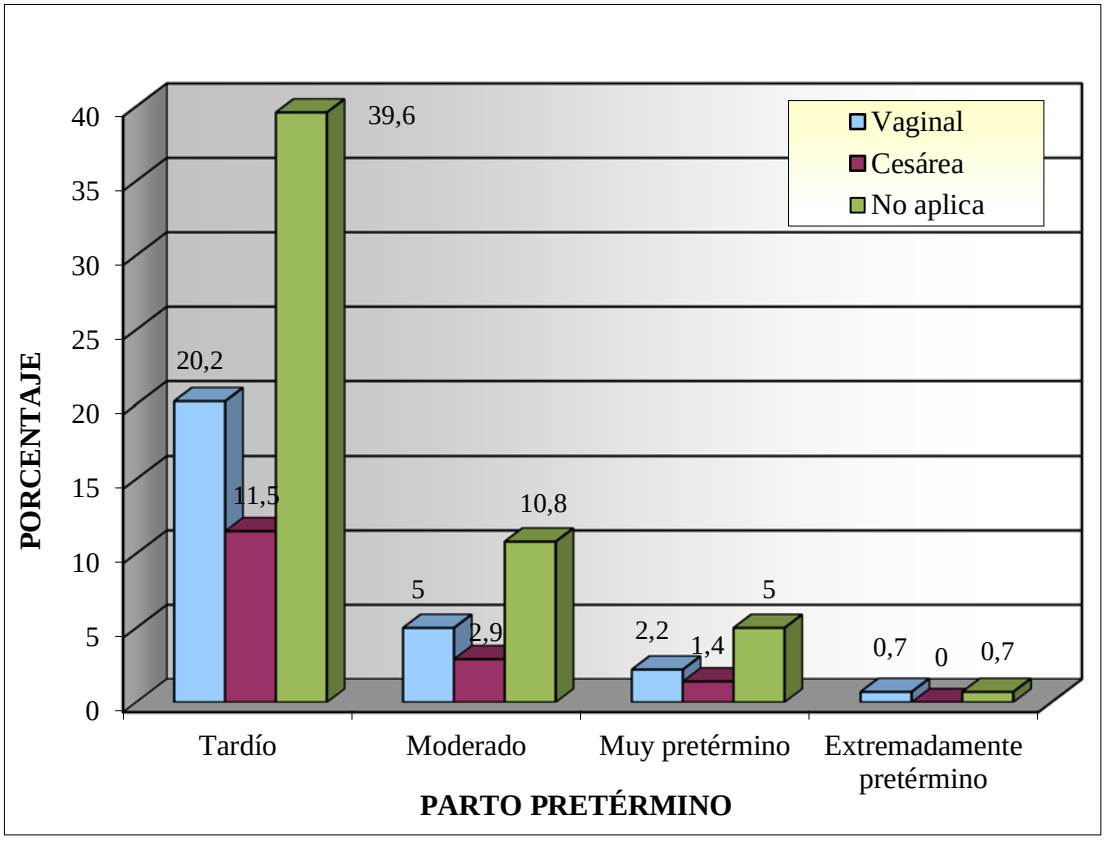

Figura 9. Vía de terminación del embarazo anterior de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

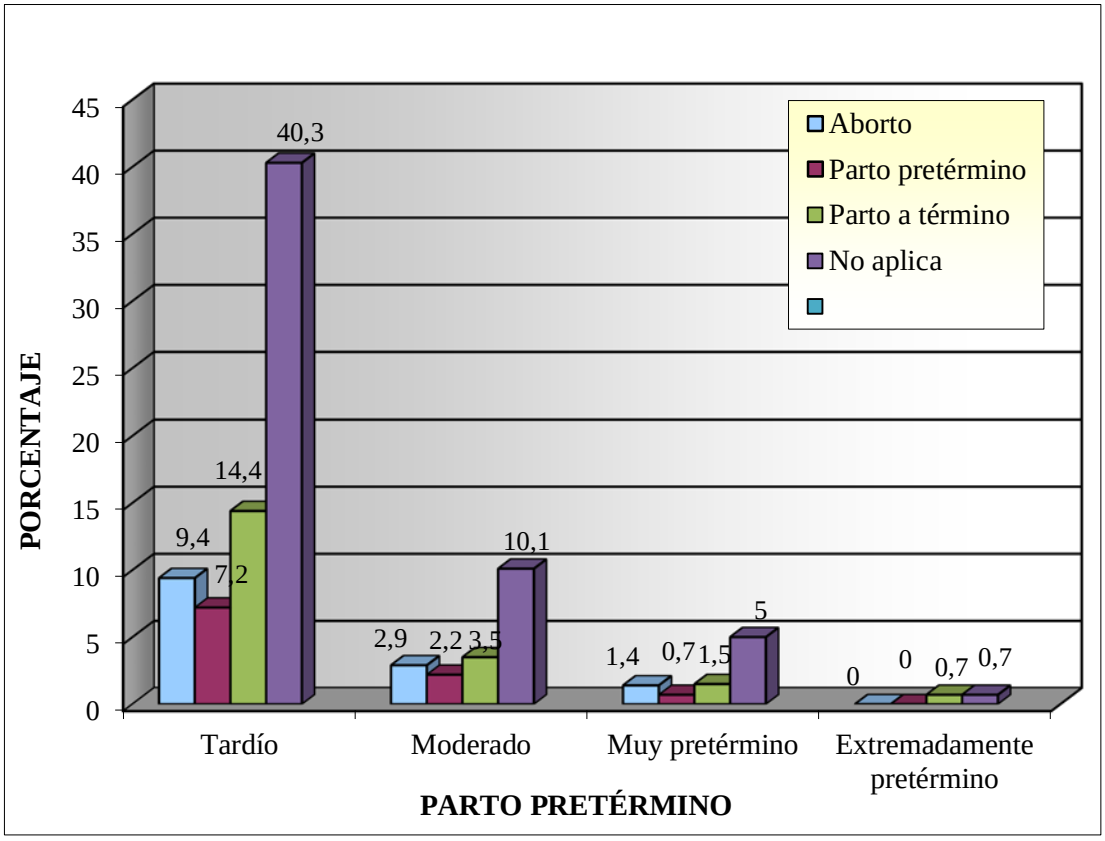

Figura 10. Resultado de gestaciones previas de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

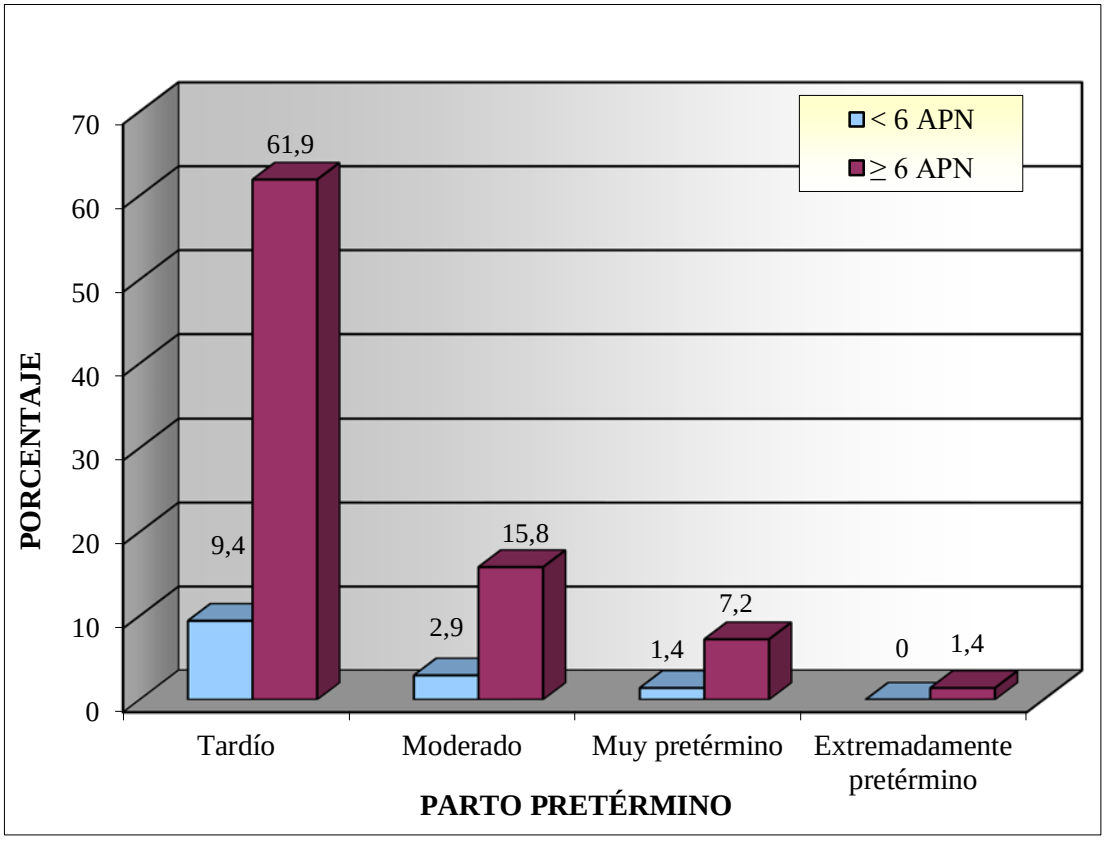

Figura 11. Atención prenatal de las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

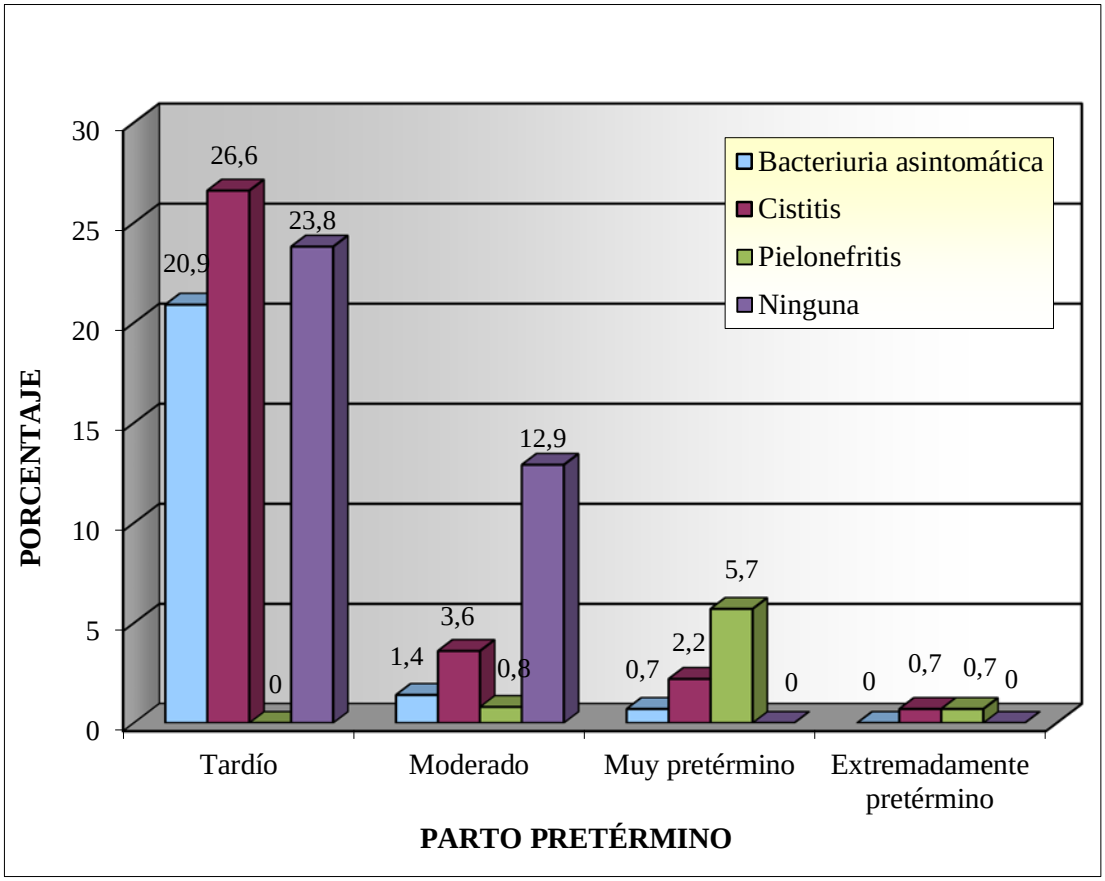

Figura 12. Infección del tracto urinario en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

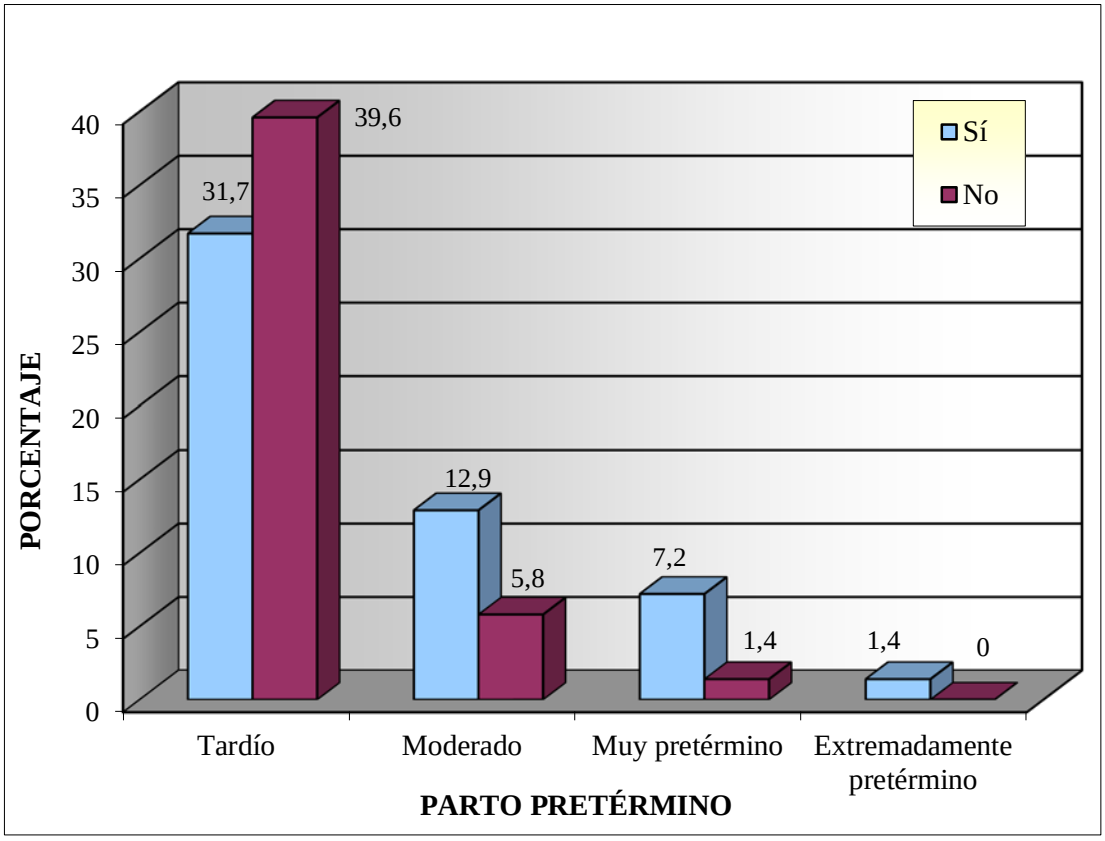

Figura 13. Infecciones vaginales en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

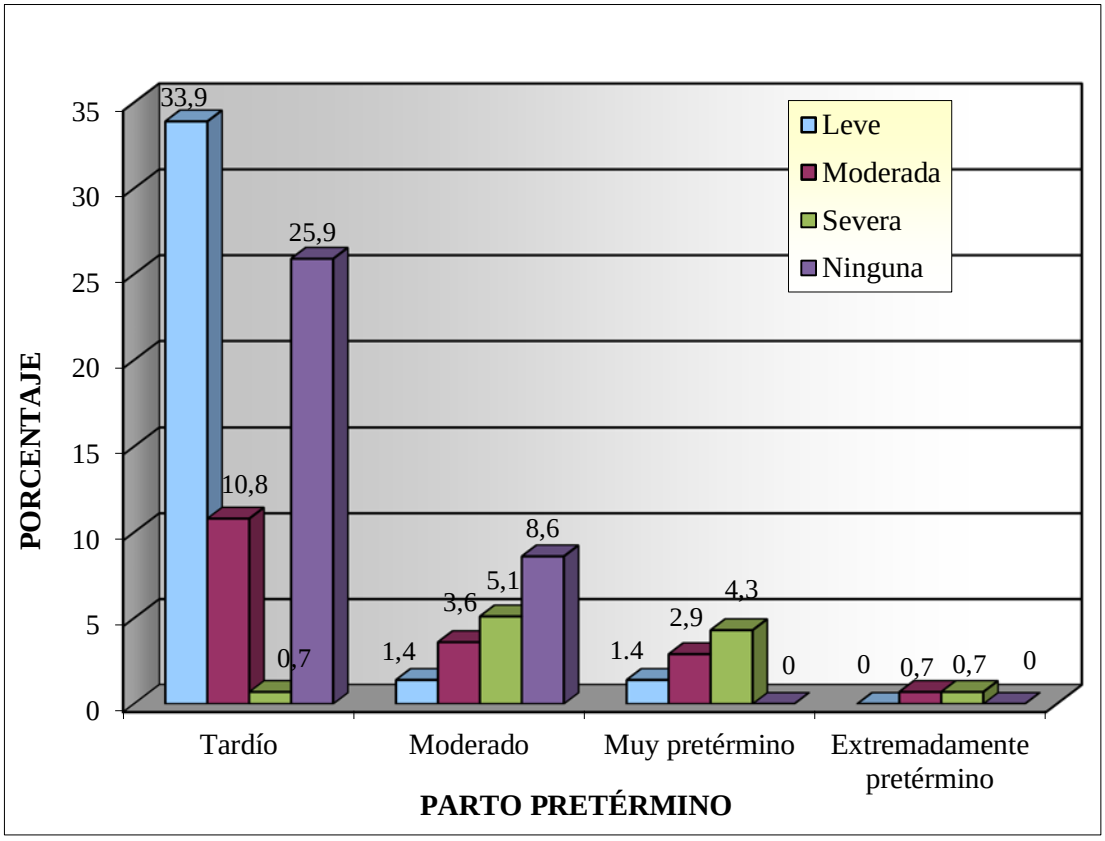

Figura 14. Anemia en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

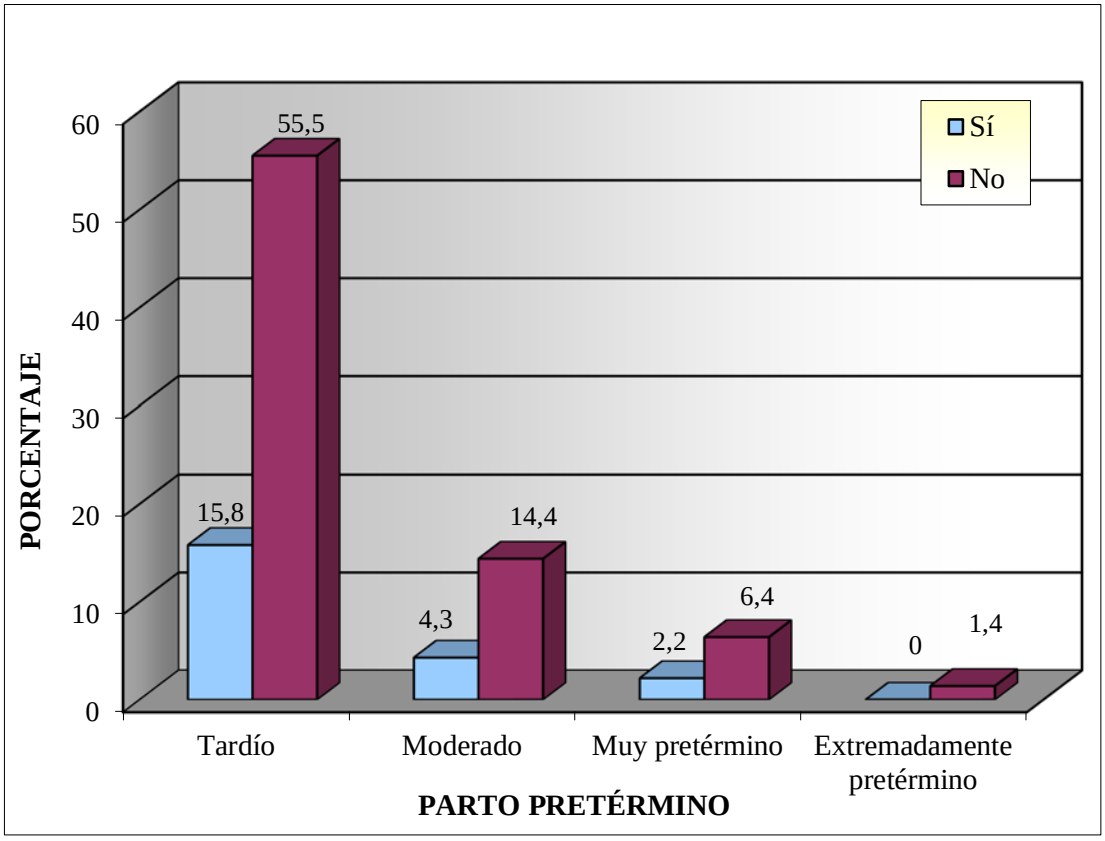

Figura 15. Preeclampsia en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

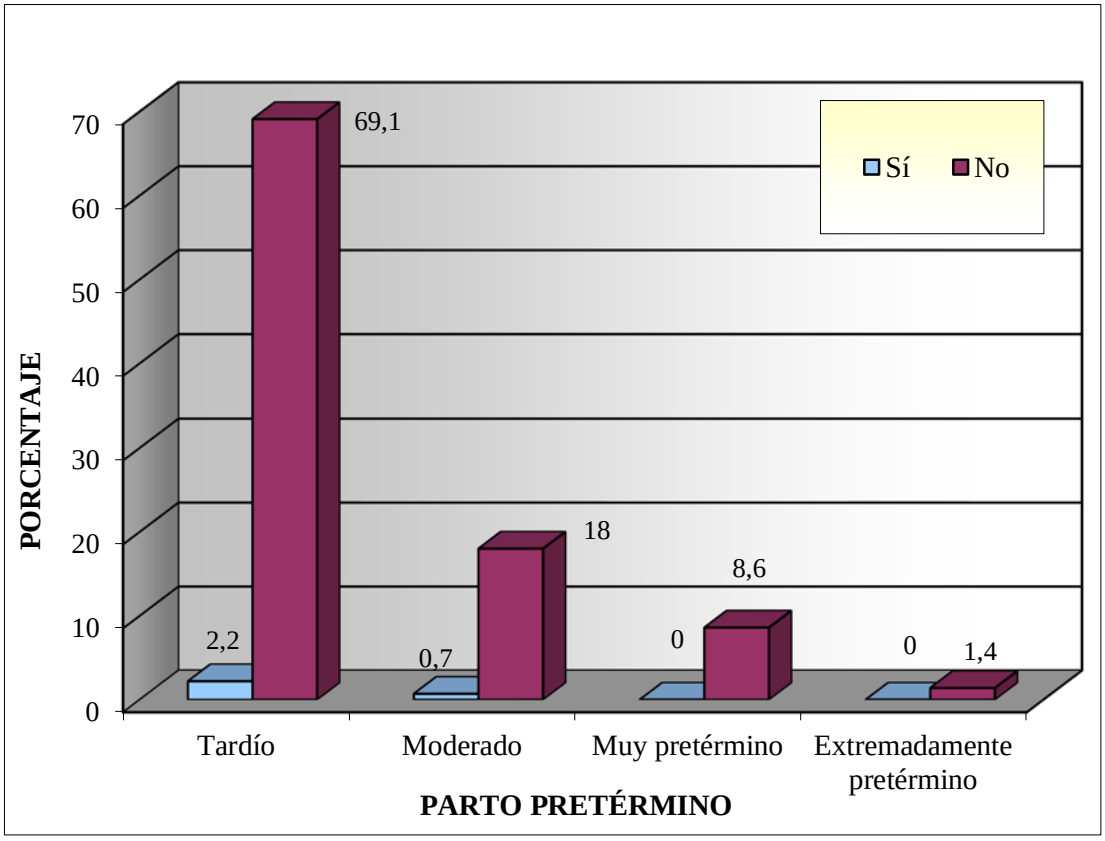

Figura 16. Embarazo múltiple en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

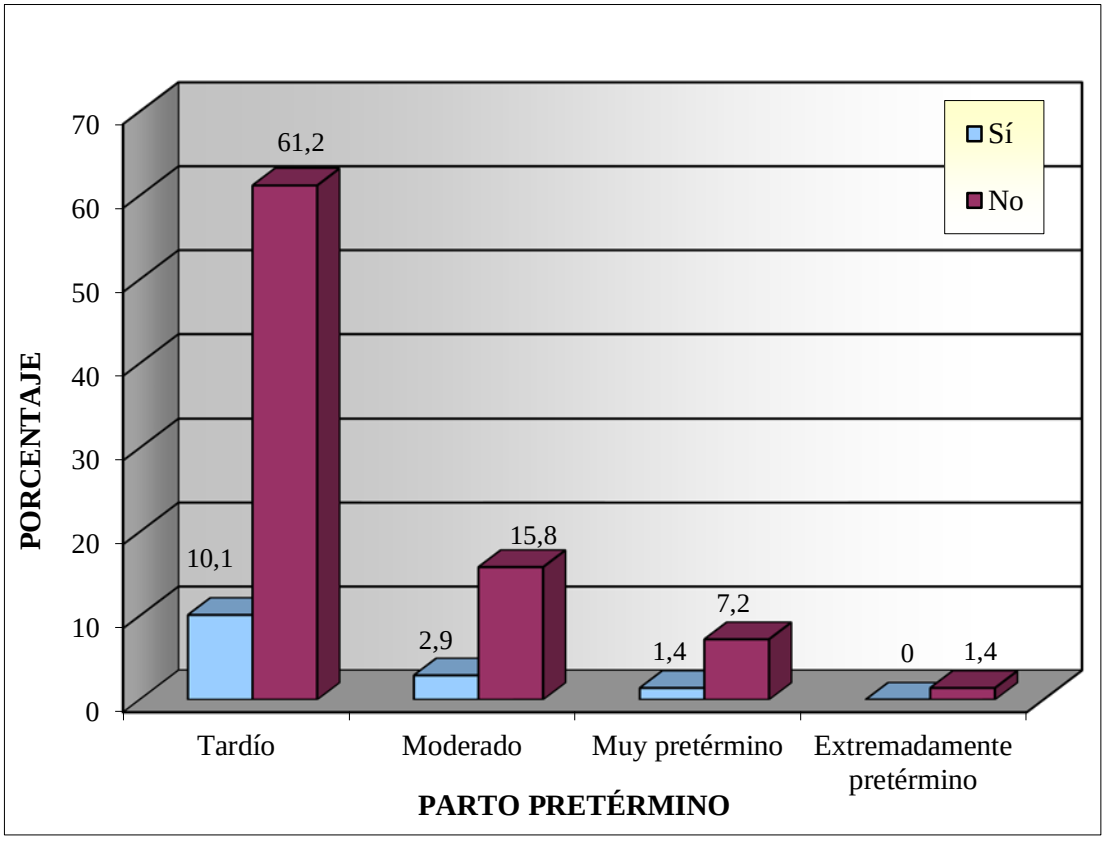

Figura 17. Rotura prematura de membranas en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

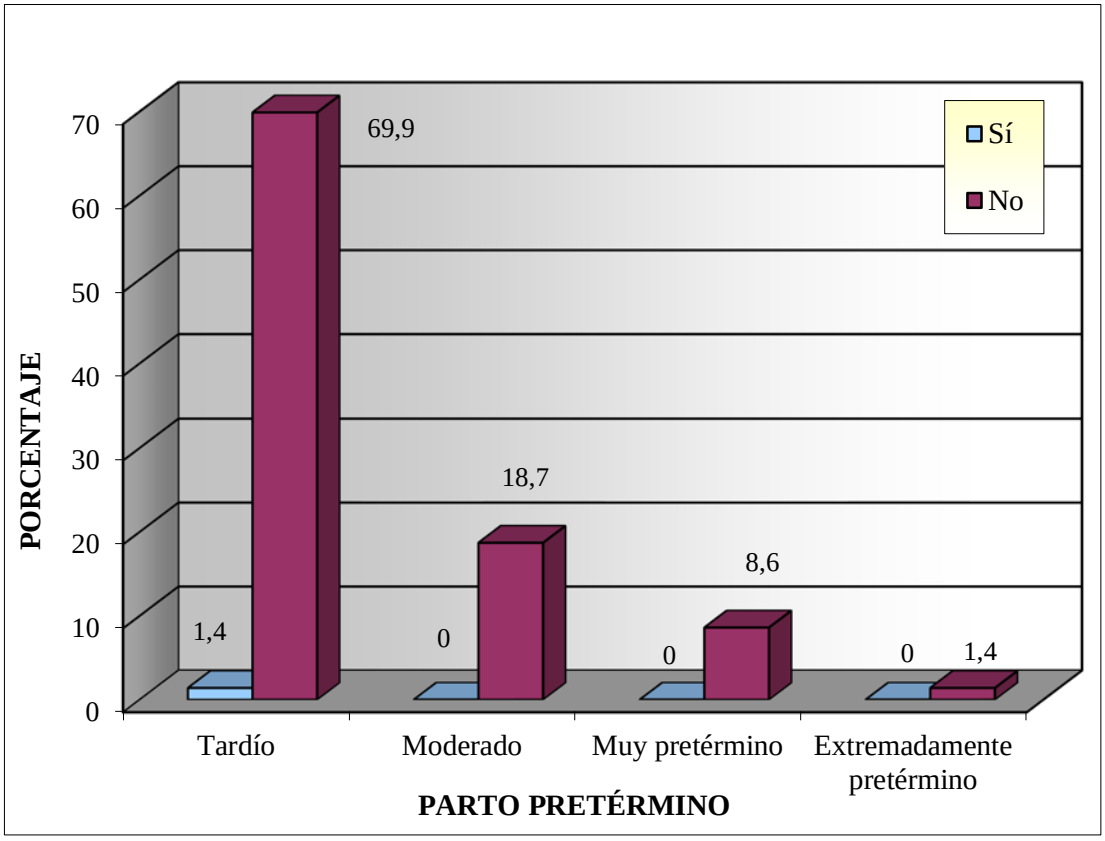

Figura 18. Patologías uterinas en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

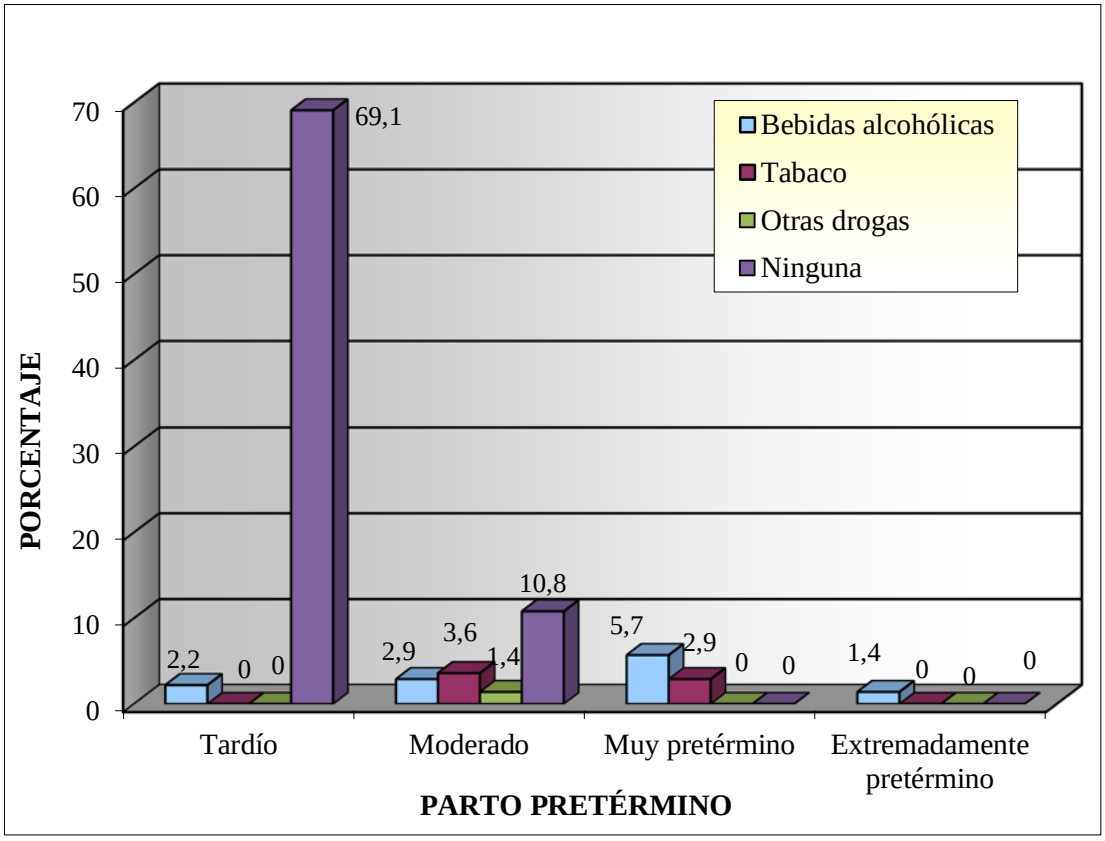

Figura 19. Consumo de sustancias adictivas en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016

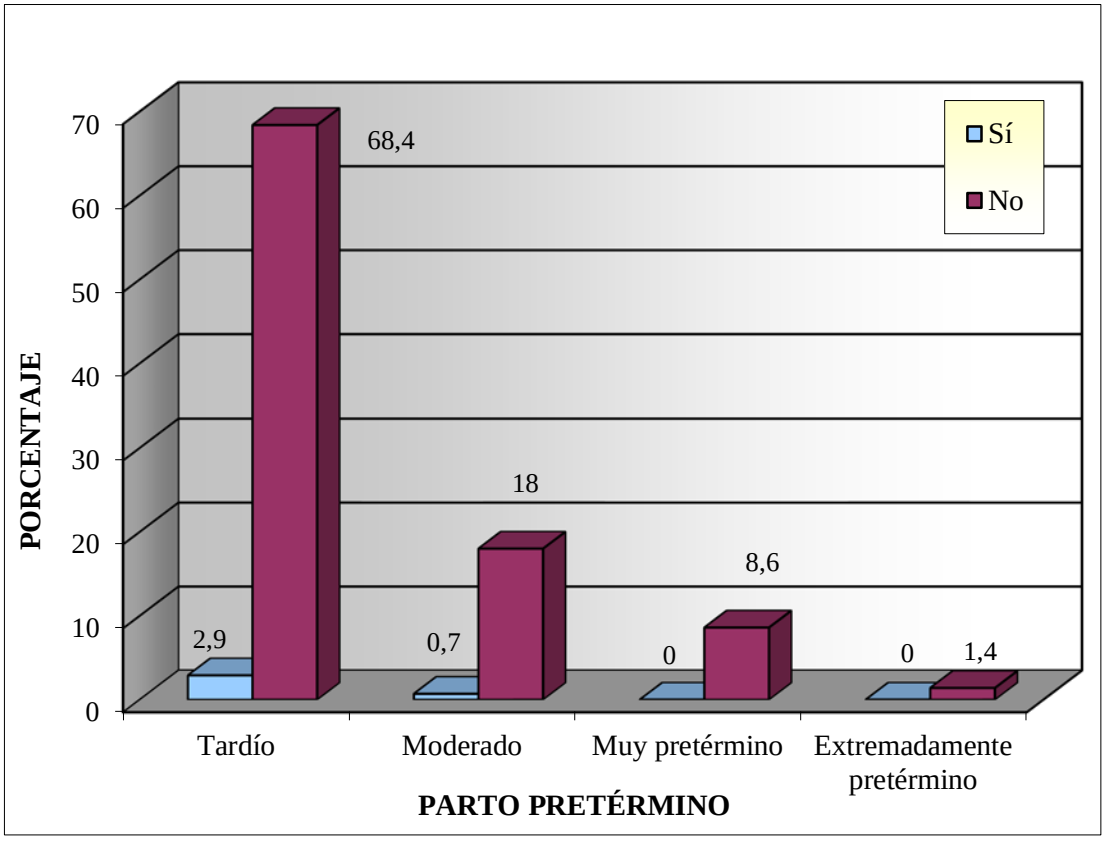

Figura 20. Patologías fetales en las gestantes adolescentes según el tipo de parto pretérmino, Hospital de Apoyo Barranca-Cajatambo, 2015-2016