

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TITULO

“FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA JUNIO – DICIEMBRE 2018”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

FARFÁN GONZALES, KAREN LIZBETH

ASESOR:

DR.

PAZ PAZ , JORGE

PIURA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**“FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES
ADOLESCENTES HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA JUNIO – DICIEMBRE
2018”**

Dr. Fernando Rocha Merino

PRESIDENTE

Dr. Cesar Regalado Zevallos

SECRETARIO

Dra. Nora Vite Juárez

VOCAL

DEDICATORIA:

A Dios:

Por permitirme seguir luchando en cada una de mis metas trazadas y mantenerme firme en ellas, ser la fuerza que necesito día a día, y darme salud

A mis Padres:

Por su apoyo incondicional, gracias Madre por enseñarme que todo es posible con esfuerzo y dedicación, y que los límites son mentales, gracias por incentivar me a cumplir mis objetivos.

A mis hermanos:

Por apoyarme en esta hermosa carrera, porque siempre supieron entender mis largas jornadas de estudio, y han sabido darme su ejemplo de valores.

A mis abuelos:

Gracias Abuelo Francisco, porque me enseñaste a amar la lectura, y me enseñaste a interesarme en la ciencia. Gracias abuelita Rosa, por siempre cuidar de mi salud y ese ejemplo de carácter.

AGRADECIMIENTOS:

A:

La Universidad: Por preocuparse en la plana docente, y colocar a grandes maestros expertos en cada una de sus ramas, y por permitirnos formarnos adecuadamente para las exigencias que esta carrera amerita.

Todos los médicos, que formaron parte de la plana docente, porque hicieron de la medicina una pasión contagiante y por compartir sus conocimientos.

Mis Tíos, porque su apoyo moral, fue muy importante en estos 7 años de carrera, gracias Tía Esther por siempre confiar en mí, y brindarme tu mano amiga.

TITULO DE LA TESIS EN ESPAÑOL:

“Factores asociados a parto pre termino en gestantes adolescentes Hospital José Cayetano Heredia Junio – Diciembre 2018”

TITULO DE LA TESIS EN INGLES:

“Factors associated with pre term birth in pregnant teenagers of the Jose Cayetano Heredia Hospital from June to December 2018”

AUTOR: Karen Lizbet, Farfán Gonzales.

ASESOR: Jorge, Paz Paz.

INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: Hospital José Cayetano Heredia – Piura.

CORRESPONDENCIA:

Nombres y apellidos: Karen Lizbet, Farfán Gonzales.

Dirección: Urb. Elías Arboleda Mz A Lote 7

Teléfono: +(51) 944 501 048.

Email: Karen_19_far@hotmail.com

RESUMEN:

Objetivo: Determinar los factores asociados a parto pre término en gestantes adolescentes atendidas en el hospital III José Cayetano Heredia junio - diciembre 2018.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. La muestra la conformaron un total de 200 historias clínicas de pacientes puérperas adolescentes, de las cuales 100 fueron historias clínicas de puérperas adolescentes que terminaron su gestación en parto pre término, y 100 historias clínicas de puérperas adolescentes que terminaron su gestación a término atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital III José Cayetano Heredia, durante el periodo junio a diciembre del año 2018. Se realizó cálculo del Odds ratio y prueba de Chi cuadrado.

Resultados: Se encontró que las variables aborto previo (OR: 3.3), rotura prematura de membranas (OR: 2.6), pre eclampsia (OR: 2.3), placenta previa (OR: 2.1), anemia (OR: 2.1), y el control prenatal inadecuado (OR: 1.6) se asociaron significativamente a parto pre termino en gestantes adolescentes. No se encontró asociación significativa con las variables infección del tracto urinario, cervicovaginitis, antecedente de parto pre termino, diabetes gestacional, Desprendimiento prematuro de placenta, numero de paridad, Hábito y/o consumo de tóxicos.

Conclusiones: Se concluye que el aborto previo, rotura prematura de membranas, pre eclampsia, placenta previa, anemia y el control prenatal inadecuado son factores de riesgo asociados a parto pre termino en gestantes adolescentes del Hospital José Cayetano Heredia durante el periodo junio – diciembre 2018.

Palabras claves: Factores de riesgo, Parto pre término, Gestantes adolescentes.

ABSTRACT:

Objectives: To determine the Factors associated with pre term birth in pregnant teenagers of the Jose Cayetano Heredia Hospital from June to December 2018.

Material and Methods: The following work is an observational, analytical, retrospective study of cases and controls was carried out. The sample consisted of a total of 200 clinical records of adolescent puerperal patients, of which 100 were clinical records of adolescent puerperal women that ended their pregnancy in preterm delivery, and 100 clinical records of puerperal adolescents who completed their term gestation attended in the obstetrics service of Hospital III José Cayetano Heredia, during the period June to December 2018. Odds ratio calculation and Chi square test were performed.

Results: It was found that the variables previous abortion (OR: 3.3), premature rupture of membranes (OR: 2.6), preeclampsia (OR: 2.3), placenta previa (OR: 2.1), anemia (OR: 2.1), and the inadequate prenatal control (OR: 1.6) were significantly associated with preterm birth in pregnant adolescents. No significant association was found with the variables urinary tract infection, cervicovaginitis, antepartum of preterm delivery, gestational diabetes, placental abruption, number of parity, habit and / or consumption of toxics.

Conclusions: It is concluded that prior abortion, premature rupture of membranes, preeclampsia, placenta previa, anemia and inadequate prenatal control are risk factors associated with preterm delivery in adolescent pregnant women at Hospital José Cayetano Heredia during the period June - December 2018.

Key words: Risk factors, Preterm delivery, Adolescent mothers.

II.- PLAN DE INVESTIGACIÓN

1.- INTRODUCCION:

Se estima que los adolescentes, definidos por la Organización Mundial de la Salud como los comprendidos entre 10 y 19 años, representan aproximadamente la sexta parte de la población a nivel mundial(1). A nivel nacional, se considera como población adolescente a la comprendida entre los 12 y 17 años de edad. En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, calculo que para el 2015 la población de 10 a 19 años constituían el 18.6% de la población peruana, y se estima que para el 2021 constituirán el 17.4%(2).

Existen diversas condiciones que pueden afectar la salud de los adolescentes, afectando la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente(1). Entre estas, puede mencionarse el consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, la exposición a la violencia y las relaciones sexuales sin protección, que pueden exponerlos a enfermedades de transmisión sexual o a embarazos durante la adolescencia(1).

En países en desarrollo y en vías de desarrollo, el embarazo en adolescentes ha tomado una importancia creciente para la salud pública. Se estima que a nivel mundial el 11% de los partos corresponden a mujeres de 15 a 19 años, y que el 95% de estos nacimientos ocurren en países de medianos y bajos ingresos(1,3). Según las Naciones Unidas, para el 2015 las mujeres de esa edad presentaban una tasa de natalidad de 44 nacimientos por 1000 mujeres, oscilando entre 1 y 200 por 1000 de acuerdo a cada país(4).

La carga regional en países de bajos y medianos ingresos, es mayor en África Subsahariana, donde se estima que aproximadamente la mitad de mujeres dieron a luz antes de los 20 años, con la consiguiente morbilidad asociada al embarazo adolescente(5,6). En los países de América Latina, el Centro de Estadísticas para América y el Caribe (CEPAL) (2016), declara que Ecuador es el tercer país de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes entre diez y diecinueve años de edad, luego Nicaragua y República Dominicana(7). En el Perú, el 2015 se estimó que el porcentaje de embarazos adolescentes fue de 13.6%, siendo el doble en el área rural que la urbana (22.5% y 10.6%, respectivamente) y mayor en adolescentes de nivel educativo primario que aquellas que tienen educación superior (37.9% y 6.1%, respectivamente). En la ciudad de Piura se reporta que el 16.4% de las adolescentes alguna vez estuvo embarazada(2).

En el Perú, la tasa de embarazos adolescentes no ha variado sustancialmente durante los últimos 22 años, siendo en 1996 de 13.4% y en el 2015 de 13.6%, además se reporta que Latinoamérica tiene la segunda tasa más alta de embarazo adolescente a nivel mundial(8). Los cambios en la población más joven, un inicio generalmente más temprano de la menarquia, el inicio de las relaciones sexuales

a edades tempranas y aumento de la edad al momento de contraer el matrimonio están contribuyendo a un aumento en las relaciones sexuales sin protección antes del mismo(2). Se estima que la tasa de embarazo es el doble que la tasa de natalidad real entre las madres adolescentes(3,5). Esto origina que el embarazo adolescente, que es un problema de salud para las familias y la sociedad en general, represente un conjunto de desafíos y sea un problema relevante para los sistemas de salud(5).

En la bibliografía actual se ha reportado un mayor riesgo de resultados adversos maternos y neonatales debido al desarrollo físico inmaduro en las madres, y la falta de atención prenatal o una atención prenatal inadecuada(6,8–11). En casi la mitad (45%) de todos los embarazos adolescentes existe una falta de información con respecto a los cambios fisiológicos debido a la timidez y la vergüenza entre los adolescentes; y que a menudo la atención prenatal se retrasó hasta después de 12 semanas en estos casos(13). Se ha reportado además que una atención prenatal deficiente está relacionado a bajo peso al nacer y retraso del crecimiento intrauterino(14).

Los niños nacidos de madres adolescentes, sufren de mayor incidencia de bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y problemas de salud y psicosociales relacionados a ello(15). De estos, el nacimiento prematuro es un desafío perinatal importante que enfrenta la práctica clínica. Varios estudios han explorado los resultados de salud a largo plazo para los bebés prematuros, incluida la enfermedad pulmonar crónica, problemas visuales y auditivos y retrasos en el desarrollo neurológico(16,17). Además, algunos estudios han revelado que estos problemas están más fuertemente asociados con el peso al nacer que con la edad gestacional(18).

Se considera parto pre término, a aquel nacimiento entre las 20 y 37 semanas completas de gestación(19).El parto pretérmino se ha asociado a condiciones socio biológicas, los antecedentes obstétricos y las complicaciones durante el embarazo(20). Se puede discriminar entre las condiciones maternas, obstétricas y fetales que llevan a que el embarazo tenga un término prematuro(21). Se han relacionado también factores demográficos, entre los que se incluye: la edad de la gestante (menores de 15 y mayores de 35 años), antecedentes de parto pretérmino anterior y condiciones relacionadas al estilo de vida, un nivel socioeconómico bajo, el hábito de fumar, alcoholismo, uso de drogas ilegales, desnutrición crónica, así como la falta de atención prenatal(18). Se ha reportado que parto prematuro relacionado a estilos de vida en la población adolescente, incluyen fumar, bajo aumento de peso durante el embarazo, cuidado prenatal tardío o insuficiente, consumo de alcohol, consumo de drogas y estrés psicosocial(22–26).

Marta J. Pérez (E.E.U.U – 2017).Titulo: “Factores determinantes del riesgo de parto prematuro en adolescentes”. Este fue un estudio de cohorte retrospectivo, donde se encontró que el riesgo de parto pre termino se incrementó en adolescentes y el mayor riesgo se presentó en adolescentes menores de 16 años.

Los factores que se asociaron significativamente con parto pre término en adolescentes fueron raza negra y consumo de tabaco están asociados con parto pre termino en adolescentes mayores y adultos, pero no son importantes(27).

Peter Wagura (Kenya – 2018).Titulo: “Prevalencia y factores asociados con el parto prematuro en el hospital nacional de kenyatta”.Este fue un estudio descriptivo de corte transversal en la unidad de maternidad del Hospital Nacional Kenyatta en Nairobi, Kenia; donde se encontró que los factores asociados a parto pre termino fueron: La paridad, el parto prematuro previo, la gestación múltiple, la hipertensión inducida por el embarazo, la hemorragia anteparto, la rotura prolongada de membranas y las infecciones urinarias antes del parto se asociaron significativamente con el parto prematuro ($p = <0.05$)(28).

Katayoun Bakhteyar (Irán – 2012).Titulo: “Factores asociados con el parto prematuro en mujeres ingresadas en hospitales en Khorramabad: un estudio de casos y controles”. En este estudio, realizado en Irán, fue estudio de casos y controles que se realizó en 524 madres (262 mujeres en cada grupo),se encontró que la frecuencia de trabajo de parto prematuro en las madres menores de 20 años fue 5.83 veces mayor que en las madres en el rango de edad de 20 a 35 años (IC = 2.99, 11.37 y $P <0.001$) y las variables relacionadas a parto prematuro fueron: rotura prematura de membranas (PROM) con OR: 5.11(IC = 2.69, 9.69 y $P <0.001$), Embarazo múltiple con OR:117.35 (IC = 14.81, 929.36 y $P <0.001$), la infección del tracto urinario materno con OR: 3,43 (IC = 1,03, 11,42 y $P = 0,04$), Pre eclampsia con OR: 4.61(IC = 1.27, 16.75 y $P = 0.02$); así mismo se estudió el habito de fumar con OR: 2.21, pero la diferencia no fue significativa (IC = 0.31, 15.33)(29).

Maria Do Carmo Leal, (Brasil – 2016).Titulo: Prevalencia y factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en Brasil, se estudió una muestra compleja de 266 hospitales, con 90 mujeres entrevistadas en cada hospital y un total de 23.940 mujeres puerperales y 24.061 nacidos vivos. Se encontró que los factores sociodemográficos asociados con el parto prematuro espontáneo fueron el embarazo en la adolescencia, el total de años de escolaridad y la atención prenatal inadecuada. Otros factores de riesgo fueron el parto prematuro previo (OR 3.74; IC 95% 2.92–4.79), embarazo múltiple (OR 16.42; IC 95% 10.56–25.53), abruptio placentae (OR 2.38; 95% CI 1.27–4.47) e infecciones (OR 4,89; IC del 95%: 1,72–13,88).Los nacimientos prematuros espontáneos / pPROM ocurrieron con más frecuencia en mujeres adolescentes, mujeres con niveles más bajos de escolaridad, mujeres nulíparas y aquellas con antecedentes de muerte fetal / neonatal, un bebé prematuro previo o sin cesárea previa(30).

Fabián Patricio Valladares,(Ecuador 2014 – 2016).Titulo: Prevalencia y factores de riesgo del parto pretermino en pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo comprendido entre

el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. En este estudio se obtuvieron 301 casos, el 38,5 % de casos las pacientes entre los 21 a 28 años. Los partos prematuros moderados a tardíos fueron los más frecuentes 67.4 %. En cuanto a los factores de riesgo estudiados, un 33,2% de pacientes presentaron anemia, 39,5 % presentaron infección del tracto urinario y un 12,6 % presentaron vaginosis bacteriana durante su gestación. Así mismo, se evidencio que las gestantes entre 21 a 28 años, con unión libre como estado civil, multíparas, de residencia urbana, instrucción secundaria, con controles prenatales mínimos recomendados (0 a 5), sin antecedentes de parto pre término fue el grupo poblacional con mayor prevalencia de parto pretermino(31).

Kristhyn Nazaret Alemán y Cinthya Dolmus Cruz(Nicaragua – 2015).Titulo: “Principales Factores de riesgo asociado a parto pre termino de 28 a 36 6/7 SG en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque de Julio 2014 a Junio 2015”, estudio casos y controles realizado en Nicaragua, encontraron que las mujeres con número insuficiente de controles prenatales tenía tres veces más probabilidad de tener parto pre termino (OR: 3.5),y las mujeres con índice de masa corporal no adecuada dos veces más probabilidad de tener parto pre termino(32).

Guadalupe Huamán Shessira Miluzka (Lima – Perú – 2017).Titulo: Factores de riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. Este fue un estudio de tipo casos y controles , La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 ,donde se encontró que La edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la pre eclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pre término (OR:2.579). Entre los antecedentes obstétricos se observó que el tener un control prenatal inadecuado y el ser multigesta o gran multigesta es un factor de riesgo para presentar parto pretérmino(33).

Juan José Guillen Guevara(Lima – Perú - 2014).Titulo: Factores maternos asociados al parto pre termino, Hospital Nacional Alberto Sabogal 2014. Este fue un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino, En las pacientes que tuvieron parto pretérmino se observó 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%)(34).

Guido Bendezú (Ica-Peru-2014).Titulo: “Características y riesgos de gestantes adolescentes”. El presente trabajo fue un estudio de retrospectivo de casos y controles, realizado en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, Es Salud, Ica, Perú. El estudio se realizó entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014 se estudió 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. Los

resultados demostraron que el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$)(35)

Darwin Alarcón Tarrillo (Trujillo – Perú – 2018). Titulo: Factores asociados a parto pre termino en gestantes adolescentes .Hospital Regional docente de Trujillo. Enero 2014- Diciembre 2015. Este fue un estudio de casos y controles, donde se estudió a un total de 71 puérperas de parto pre termino y 142 puérperas de parto a término, encontrándose que el antecedente de parto pre termino, Ruptura prematura de membranas, y anemia tuvieron asociación con parto pre termino ,no encontrándose relación significativa con las variables infección de tracto urinario, pre eclampsia y poli hidramnios(36).

Manuel Alejandro Talledo Flores, (Piura – Perú – 2018). Titulo: Factores de riesgo maternos asociados al parto pre termino en el servicio de obstetricia del Hospital de apoyo II – 2 ,Sullana – Piura,Julio – Diciembre 2016. Este estudio fue casos y controles, retrospectivo. Se analizaron 90 HC de gestantes correspondientes a casos, y 90 correspondientes a Controles. De manera general, y a través de la regresión logística se confirmó que el control prenatal inadecuado y la corioamnionitis, se constituyeron en factores de riesgo concepcionales, asociados al parto pretérmino. El control prenatal inadecuado tuvo un OR=2.02 (IC: 1.09, 3.74), En el caso de la Corioamnionitis, el OR= 2.07 (IC: 1.09, 4.2)(37).

Por todo lo anterior, el embarazo adolescente sigue siendo un desafío para la sociedad y los sistemas de salud. Además, la mayoría de los estudios previos de Perú que han examinado la relación entre el embarazo adolescente y los factores de riesgo asociados al parto pretermino, son en gran parte limitados o están restringidos a áreas geográficas pequeñas específicas.

En Piura, y en especial el Hospital José Cayetano Heredia, cuenta con el servicio de ginecobstetricia con una infraestructura para la atención de recién nacidos a término y pre término, por contar con el servicio de UCI neonatal, cuidados intermedios y prematuros, siendo estas áreas exclusivas para neonatos entre las 22 y 37 semanas. Así mismo ante complicaciones materno – perinatales, se cuenta con el área de UCI adultos. Es por esta razón, que es el único Hospital nivel III en la región Piura, y por tanto el nivel de referencia inmediato de diversos centros de salud y hospitales de Piura. Se estima según valores estadísticos hospitalarios, que mensualmente se atiende a un promedio de 150 partos englobando partos por cesárea, natural y fórceps, de los cuales 60 son embarazos adolescentes con 40 de ellos con productos pre término y 20 con productos a término. Por lo que se ha planteado como objetivo general conocer los factores asociados a parto pre término en adolescentes atendidas en el hospital III José Cayetano Heredia junio – diciembre 2018.

1.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1: Determinar las características sociodemográficas y su asociación con parto pre término en gestante adolescente.

Objetivo 2: Determinar antecedentes clínicos y su asociación con parto pre término en gestante adolescente.

Objetivo 3: Determinar el número de controles y su asociación con parto pre término en gestante adolescente.

Objetivo 4: características clínicas obstétricas y su asociación parto pre término en gestante adolescente.

2. MATERIAL Y METODOS:

2.1. Diseño de estudio: Observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal

Tipo de estudio: Casos y controles.

2.2. Población, muestra y muestreo:

2.2.1. Población: Total adolescentes gestantes que acuden al hospital III Cayetano Heredia de la ciudad de Piura que fueron atendidos los meses de junio – diciembre 2018.

Definición de caso: Los casos serán definidos por los siguientes controles

2.2.1.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de embarazo adolescente.
- Pacientes embarazadas con edad entre 10 – 19 años de edad.
- Pacientes con parto pre término entre las semanas 22 – 37 de gestación.
- Pacientes con Parto pre término atendidas en el área de Gineco – Obstetricia en el Hospital III José Cayetano Heredia.
- Pacientes atendidos en el área de ginecología del Hospital III José Cayetano Heredia.
- Historias clínicas accesibles y completas.

2.2.1.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes fuera de ese rango de edad
- Pacientes que abandonen la institución o sean referidas a otra institución.
- Historias clínicas de difícil acceso.

Definición de control: Los controles serán definidos por los siguientes criterios

2.2.1.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de embarazo adolescente.
- Pacientes embarazadas con edad entre 10 – 19 años de edad.
- Pacientes con parto a término entre las semanas 22 – 39 o 40 de gestación.
- Pacientes con Parto a término atendidas en el área de Gineco – Obstetricia en el Hospital III José Cayetano Heredia.
- Pacientes atendidos en el área de ginecología del Hospital III José Cayetano Heredia.
- Historias clínicas accesibles y completas.

2.2.1.4 Criterios de exclusión:

- Pacientes fuera de ese rango de edad
- Pacientes que abandonen la institución o sean referidas a otra institución.
- Historias clínicas de difícil acceso.

2.2.2.- MUESTRA Y MUESTREO

- Unidad de análisis:

Se realizará el análisis mediante estadística descriptiva; mediante el cálculo de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizarán análisis bivariados para evaluar la asociación de determinados factores asociados usando pruebas de Chi², prueba exacta de Fisher y T de student cuando corresponda. Para el estudio caso control, se usarán métodos de pareado

en grupos (por periodo), y se utilizará regresión logística condicional para el análisis.

- Marco muestral:

Considerándose que mensualmente en el hospital Cayetano Heredia, se atienden 150 partos englobando partos por cesárea, natural y fórceps, de los cuales 60 son embarazos adolescentes con 40 de ellos con productos pre término y 20 con productos a término, se determinó como mínimo muestral de los casos expuestos (50%) que es necesario 94 casos pre término durante el periodo de estudio para considerar a la muestra representativa para detectar OR superior a 1 (posiblemente causales).

Además Se asignó 1 controles por cada caso quedando en un pareamiento de proporciones 1:1 con características similares, en total 94 controles. Si los controles no llegaran al número completo se considerará mujeres de edades siguientes más próximas a las del grupo etario.

Datos	
Frecuencia de exposición entre los casos	0.50
Frecuencia de exposición entre los controles	0.33
Odds ratio a detectar	2.00
Nivel de seguridad	0.95
Potencia	0.64
Número de controles por caso	1
Resultados	
Casos	94
Controles	94

Por fines de presentación estadística se considerara 100 casos y 100 controles.

Método de elección: Se realizará un muestro no probabilístico por conveniencia, enrolando a todos los posibles casos para alcanzar el mínimo de 93 partos pre término. Se registrarán también los controles a término para poder luego hacer un correcto pareamiento.

2.3.2.- TECNICAS:

A. Modelo de ejecución:

1. Se presentó el protocolo de la presente investigación para su autorización a las personas responsables del Hospital III José Cayetano Heredia confeccionado con la autorización respectiva, de la Universidad Privada Antenor Orrego.
2. Se recabarán las historias clínicas necesarias de la Sección de Archivos del Hospital III José Cayetano Heredia.
3. Se recogerán los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos confeccionada previamente. Ver Anexo N° 01
4. Se elaborará una base de datos aplicando el SSPS versión 19 en Excel que permita el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas
5. Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se hará un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos
6. Introducción de los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.
7. Realizar el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.
8. Seleccionar las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.
9. Elaborar el Informe final.

2.4.- PLAN DE ANALISIS DE DATOS:

Se utiliza el método de Observación, elaborando un instrumento, la Ficha de Registro datos diseñado y estructurado para recolectar los datos seleccionados para determinar: Factores de riesgo asociados a parto pre-termino en adolescentes hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

Luego de recolectados los datos, estos serán procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel y Epiinfo de la siguiente manera: Se vaciarán los puntajes, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos serán revisados y corregidos y luego procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procederá al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos circulares y de barras. Para el procesamiento de datos se utilizará el software estadístico SPSS VERSION 19.0.

2.5.- ASPECTOS ETICOS:

En el estudio tenemos en cuenta los aspectos Éticos tanto de los pacientes

Seleccionados que serán incluidos en el estudio. El principio de beneficencia de nuestra investigación está expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de esta patología que es un problema de salud pública.

Como se colecta los datos de documentos de la atención de salud recibida y no directamente del paciente no hay que buscar su consentimiento informado aunque si se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos protegiendo la identidad de las fuentes tanto de personas como de las instituciones. Así mismo se obtendrá la aprobación del comité de ética de UPAO.

2.6.- PRESUPUESTO:

Insumos para la investigación:

Partida	Insumos	Unidad	Cantidad	Coto unitario	Costo total	Financiado
	Papel Bulky	Millar	5	S/ 5.20	S/ 25.70	Propio
	Papel bond A4 excellent copy 75g	Millar	2	S/ 11.90	S/ 23.80	Propio
	Lapiceros Pilot Tinta seca	Unidad	8	S/4.90	S/ 39.20	Propio
	CD Imation	Unidad	20	S/ 1	S/ 20	Propio
	Tinta negra compatible para HP	Unidad	5	S/ 36	S/ 180	Propio
	Tinta color compatible para HP	Unidad	1	S/ 50	S/ 50	Propio
	Memoria externa 8G HP	Unidad	1	S/18.50	S/ 18.50	Propio
	Memoria interna 1T imation	Unidad	1	S/ 349	S/ 349	Propio
	Folder Manila con faster	Unidad	5	S/ 0.9	S/ 4.50	Propio
	Archivador Ray Peru	Unidad	1	S/4.90	S/4.9	Propio
	Lápiz faber Castell	Unidad	1	S/0.80	S/0.80	Propio

	Corrector Artesco	Unidad	1	S/3.80	S/ 3.80	Propio
	SPSS Software	Unidad	1	S/66	S/ 66	Propio
	Mendeley Desktop	Unidad	1	Free	S/0	Propio
	Sotero Standalone	Unidad	1	Free	S/0	Propio
Subtotal					S/ 786.20	

Servicios:

Partida	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo Unitario (S/.)	Costo total	Financiado
	Asesoría	Semanas	16	S/40	S/640	Universidad UPAO
	Estadística	Horas	6	S/40	S/240	Propio
	Transporte y viáticos	Días	25	S/5	S/125	Propio
	Internet Movistar 8BMps	Meses	6	S/10	S/60	Propio
	Encuadernación	Ejemplar	3	S/30	S/90	Propio
	Fotocopiado	Páginas	300	S/0.1	S/ 30	Propio
Subtotal					S/ 1185	

Insumos: S/ 786.20

Servicios: S/ 1185.00

TOTAL: S/ 1971.20

2.7.- LIMITACIONES:

El acceso a trabajos médicos previos regionales consiste en la principal limitación en este tipo de investigación.

Los datos para la elaboración de la tesis, dependerán de la buena o mala información que se encuentre en las historias clínicas estudiadas. Así mismo la letra ilegible de las Historias Clínicas, y la omisión de datos en su elaboración.

3.- RESULTADOS:

Tabla N°1: Aborto previo como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018:

Factor de riesgo	Parto pre termino		total	
	Si	No		
Aborto previo	Si	12(12.0%)	4(4.0%)	16(8.0%)
	No	88(88.0%)	96(96.0%)	184(92.0%)
TOTAL		100(100.0%)	100(100.0%)	200(100.0%)

Fuente : Hospital Cayetano Heredia - Ficha de recolección de datos de historias: Junio-Diciembre 2018.

- ❖ Chi Cuadrado: p. 0.033
- ❖ Odds ratio: 3.3.
- ❖ Intervalo de confianza al 95%: (1.018-10.523)

Tabla N °2: Rotura prematura de membranas como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018:

Factor de riesgo	Parto pre termino		total	
	Si	No		
RPM	Si	36(36.0%)	18(18.0%)	54(27.0%)
	No	64(64.0%)	82(82.0%)	146(73.0%)
TOTAL		100(100.0%)	100(100.0%)	200(100.0%)

Fuente: Hospital Cayetano Heredia - Ficha de recolección de datos de historias: Junio-Diciembre 2018.

- ❖ Chi Cuadrado: p: 0.003.
- ❖ Odds ratio: 2.6.
- ❖ Intervalo de confianza al 95%: (1.333-4.926)

TABLA N °3:Pre eclampsia como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018:

Factor de riesgo		Parto pre termino		total
		Si	No	
Pre eclampsia	Si	20(20.0%)	10(10.0%)	30(15.0%)
	No	80(80.0%)	90(90.0%)	170(85.0%)
TOTAL		100(100.0%)	100(100.0%)	200(100.0%)

FUENTE: HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA - Ficha de recolección de datos de historias: Junio-Diciembre 2018.

- ❖ Chi Cuadrado: p: 0.037.
- ❖ Odds ratio: 2.3.
- ❖ Intervalo de confianza al 95%.

TABLA N°4:Anemia como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018.

Factor de riesgo		Parto pre termino		total
		Si	No	
Anemia	Si	42(42.0%)	26(26.0%)	68(34.0%)
	No	58(58.0%)	74(74.0%)	132(66.0%)
TOTAL		100(100.0%)	100(100.0%)	200(100.0%)

FUENTE: HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA - Ficha de recolección de datos de historias: Junio-Diciembre 2018.

- ❖ Chi Cuadrado: p: 0.012.
- ❖ Odds ratio: 2.1.
- ❖ Intervalo de confianza al 95%.

TABLA N°5: Placenta previa como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018:

Factor de riesgo		Parto pre termino		total
		Si	No	
Placenta previa	Si	0(0.0%)	6(6.0%)	6(3.0%)
	No	100(100.0%)	94(94.0%)	194(97.0%)
TOTAL		100(100.0%)	100(100.0%)	200(100.0%)

FUENTE: HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA - Ficha de recolección de datos de historias: Junio-Diciembre 2018.

- ❖ Chi Cuadrado: p:0.014.
- ❖ Odds ratio: 2.1.
- ❖ Intervalo de confianza al 95%:

TABLA N°6: Control prenatal inadecuado como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018:|

Factor de riesgo		Parto pre termino		total
		Si	No	
Control prenatal	< 6 CPN	64(64.0%)	52(52.0%)	116(58.0%)
	≥ 6 CPN	36(36.0%)	48(48.0%)	84(42.0%)
TOTAL		100(100.0%)	100(100.0%)	200(100.0%)

FUENTE: HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA - Ficha de recolección de datos de historias: Junio-Diciembre 2018.

- ❖ Chi Cuadrado: p: 0.057
- ❖ Odds ratio: 1.6.
- ❖ Intervalo de confianza al 95%:

Grafico N°1: Frecuencia de los Factores asociados a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018:

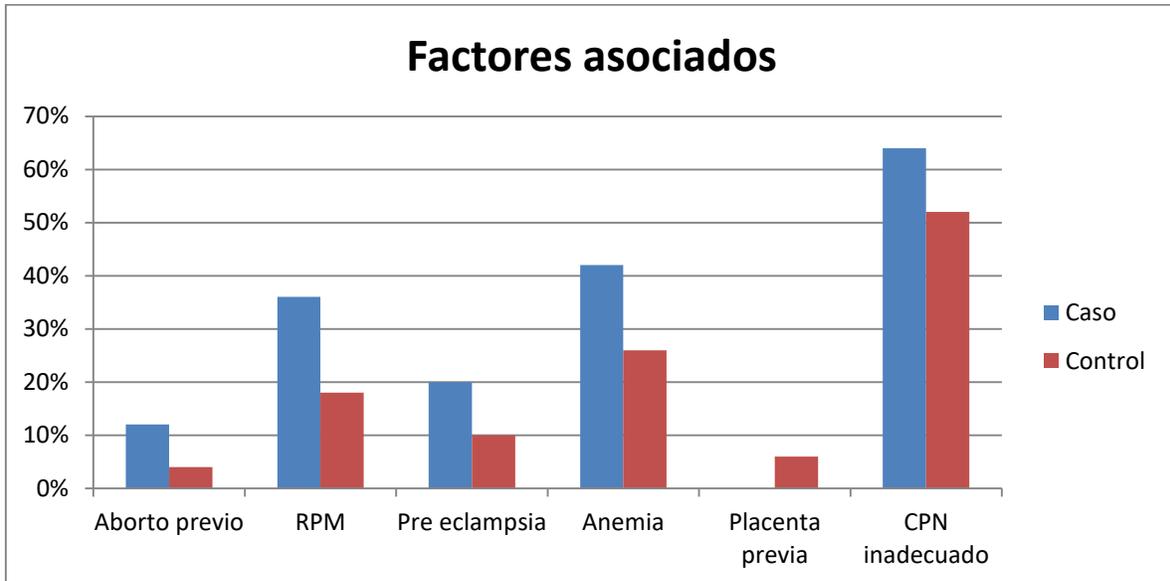
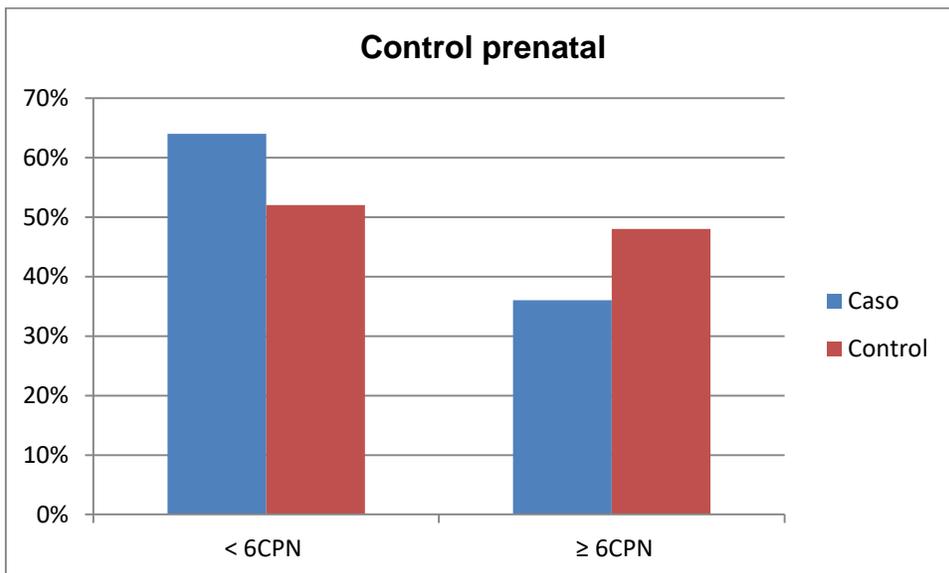


Grafico N°2: Frecuencia del Control prenatal inadecuado como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia – Piura durante el periodo Junio – Diciembre 2018:



4.- DISCUSION:

En la tabla N°01, se estudia el aborto previo como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes, podemos observar que, del total de la muestra (200 pacientes), el 12 % de las puérperas adolescentes que dieron parto pre término(100) tenían antecedente de aborto previo, y el 4% de las puérperas adolescentes sin parto pre termino(100) tuvieron antecedente de aborto, encontrándose para ello un $p:0.033$ (IC:1.018 – 10.523),condicionándose de esta forma que el antecedente de aborto representa 3.3 veces más riesgo de parto pre termino (OR:3.3).Estos resultados concuerdan con **María Do Carmo Leal (Brasil-2016)**,quien encontró que el aborto previo se encontraba asociado a parto prematuro(30) ;sin embargo **Kristhyn Nazaret Alemán y Cinthya Dolmus Cruz(Nicaragua-2015)**,difieren de este resultado,ya que en su trabajo titulado: “Principales Factores de riesgo asociado a parto pre termino de 28 a 36 6/7 SG en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque de Julio 2014 a Junio 2015”, estudio casos y controles realizado en Nicaragua, encontraron que el antecedente de aborto previo tuvo un $p:0.98$,no siendo significativo para su asociación (32).

Otro factor de riesgo que se estudio fue la ruptura prematura de membranas, descrito en la tabla N°2 ,donde se encontró que el 36% de las puérperas adolescentes que dieron parto pre término(100) cursaron con diagnóstico de ruptura prematura de membranas, y el 18% de las puérperas adolescentes sin parto pre termino(100) cursaron con diagnóstico de ruptura prematura de membranas, encontrándose una asociación significativa con $p: 0.003$ y un OR:2.6 (IC:95%,1.333-4.926) de que ocurra parto pre termino. Esto coincide con el trabajo realizado por **Guadalupe H(Lima-2015)**,quién estudió a un total de 400 gestantes ,de las cuales 200 pacientes presentaron parto pre termino(casos) y 200 pacientes no presentaron parto pre termino(controles),encontrando para la variable Ruptura Prematura de Membranas en la gestante un OR = 2.681 y un IC 95% = 1.615 – 4.451,constituyéndose como un factor de riesgo para parto pre termino(33). Así mismo coincide con los resultados encontrados por **Darwin Alarcón Tarrillo (Trujillo-2018)**, quien encontró un OR: 2.877(1.374-6.027) para la variable ruptura prematura de membranas(36). En cambio **Fabián Patricio Balladares y Valeria de los Ángeles Chacón (Ecuador-2014)**, encontró que solo el 13.3% se relacionó con ruptura prematura de membranas, no siendo significativo este hallazgo(31).

En cuanto al factor de riesgo pre eclampsia, en la tabla N°03,podemos observar que, del total de la muestra (200 pacientes), el 20% de las puérperas adolescentes que dieron parto pre término(100) cursaron con diagnóstico de placenta previa, y el 10% de las puérperas adolescentes sin parto pre termino(100) cursaron con

diagnóstico de placenta previa, encontrándose para ello un p significativo 0.037 ,condicionándose de esta forma que la placenta previa representa 2.3 veces más riesgo de parto pre termino (OR:2.3) en gestantes adolescentes, lo cual es concordante con los resultados encontrados por **Guadalupe Huamán Shessira Miluzka (Lima – Perú – 2017)** donde la variable pre eclampsia tuvo un OR: 2.625 y un valor $p = 0.003 < \alpha = 0.05$, lo que demostró su asociación a parto pre termino(33).Así mismo ,estos resultados concuerdan con estudios internacionales como el de **Peter Wagura (Kenya-2018)**,quien encontró asociación significativa con pre eclampsia con un OR:5.203 (2.586–10.4690)(28).Por otro lado **Darwin Alarcón Tarrillo (Trujillo-2018)**,no encontró significativa la asociación con pre eclampsia, con un OR: 1(IC: 0.531-1.884)(36).

En la tabla N°04, se estudia la anemia como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes, podemos observar que, del total de la muestra (200 pacientes), el 42% de las puérperas adolescentes que dieron parto pre término(100) cursaron con diagnóstico de anemia, y el 18% de las puérperas adolescentes sin parto pre termino(100) cursaron con diagnóstico de anemia, encontrándose para ello un p: 0.012,condicionándose de esta forma que la anemia representa 2.1 veces más riesgo de parto pre termino (OR:2.1),estos resultados coinciden con los encontrados por **Darwin Alarcón Tarrillo (Trujillo-2018)** encontrándose para la variable anemia diferencias significativas (p:0.000) y condicionándose un riesgo de prematuridad de 8.389,IC 95%(4.345 – 16.198)(36). Así mismo, concuerda con el estudio realizado por **Fabián Patricio Valladares(Ecuador-2014)**,quien luego de estudiar 301 casos, encontró que un 66,8% de pacientes no presentaron anemia, mientras que un 33,2% si la presentaron, siendo el grupo de partos pre términos extremos los que mayor porcentaje obtuvieron con 41,0% de casos positivos(31).

La placenta previa, tabla N°5, como factor de riesgo asociado a parto pre termino en gestantes adolescentes, podemos observar que, del total de la muestra (200 pacientes), el 0% de las puérperas adolescentes que dieron parto pre término(100) cursaron con diagnóstico de placenta previa, y el 6% de las puérperas adolescentes sin parto pre termino(100) cursaron con diagnóstico de placenta previa, encontrándose para ello un p: 0.014 ,condicionándose de esta forma que la placenta previa representa 2.1 veces más riesgo de parto pre termino (OR:2.1), y si aplicamos la fórmula de probabilidad usando el OR: $(2.1/2.1 + 1) \times 100$: 67,74%.Esto se interpreta como que existe un 67,74% de probabilidad de parto pre termino en adolescentes gestantes que cursen con placenta previa. Estos resultados coinciden con los encontrados por **María Do Carmo Leal (Brasil-2016)** quien encontró la placenta previa como factor asociado a parto pre termino ,y de las pacientes del estudio solo aquellas con edad menor a 20 años, presentaron dicho factor asociado(30).

En cuanto al número de controles prenatales, en la tabla N°6, como factor de riesgo asociado a parto pre término en gestantes adolescentes, se encontró que, del total de la muestra (200 pacientes), el 64% de las puérperas adolescentes que dieron parto pre término (100) tuvieron un inadecuado control prenatal (< 6), y el 52% de las puérperas adolescentes sin parto pre término (100) tuvieron un adecuado control prenatal (≥ 6), con un $p: 0.057$, condicionándose de esta forma que el inadecuado control prenatal constituye un factor de riesgo (OR:1.6), para parto pre término en gestantes adolescentes. Esto coincide con estudios internacionales como el de **Krithyn Nazaret Alemán y Cinthya Dolmus Cruz (Nicaragua-2015)**, quien encontró una diferencia significativa para control prenatal inadecuado con un OR:3.5 (IC:2.1-6.2), constituyéndose como factor asociado y representando 3.5 veces más de riesgo de para parto prematuro, así mismo **Guadalupe Huamán Shessira Miluzka (Lima-2017)**, quien encontró que el control prenatal inadecuado tuvo un valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) con OR = 2.644 y un IC 95% = 1.724-4.056, lo cual nos indica que las gestantes con un Control Prenatal Inadecuado tienen 2.644 veces más de presentar parto pre término (33). Así mismo en otro estudio casos y controles realizado por **Manuel Alejandro Talledo Flores (Piura-2018)** se analizaron 90 HC de gestantes correspondientes a casos, y 90 correspondientes a Controles. De manera general, y a través de la regresión logística se confirmó que el control prenatal inadecuado tuvo un OR=2.02 (IC: 1.09, 3.74), constituyéndose que existe 2.02 veces más de riesgo de parto pre término en una gestante con inadecuado control prenatal (37).

5.- CONCLUSIONES:

- 1) Se concluye que los factores asociados a parto pre termino e gestantes adolescentes atendidas en el periodo de Junio a Diciembre 2018, del Hospital III José Cayetano Heredia fueron los siguientes: aborto previo(OR: 3.3),Rotura prematura de membranas(OR: 2.6),Pre eclampsia(OR: 2.3),placenta previa(OR: 2.1),anemia(OR: 2.1),control prenatal inadecuado (OR: 1.6) (grafico N°1).
- 2) Los factores de riesgo no significativos para nuestra serie fueron: número de paridad, infección del tracto urinario, cervicovaginitis, desprendimiento prematuro placentario, diagnostico de diabetes gestacional, alteraciones en el volumen de líquido amniótico.
- 3) Se concluye que ninguna de las características sociodemográficas estudiadas, tuvieron valor de p significativo para establecer asociación, sin embargo la edad más frecuente de presentación fue dentro de los 14 – 16 años.
- 4) El lugar de procedencia, no se encuentra significativamente asociado a parto pre término, sin embargo se encontró que la mayoría de casos del estudio, provenían de Morropón, y de este, el sub-sector más frecuente: Yapatera.
- 5) Se concluye, que el antecedente de parto pre termino no se encuentra estadísticamente asociado, sin embargo, el antecedente de aborto previo si con un OR: 3.3 veces más de riesgo.
- 6) Se concluye que el control prenatal inadecuado se encuentra asociado a parto pre término, con un OR: 1,6 veces más de riesgo.

6.- RECOMENDACIONES:

- 1) Se recomienda a los profesionales de salud, sensibilizar a las pacientes gestantes de riesgo para parto pre término sobre los factores de riesgo, realizando charlas informativas.
- 2) Se recomienda encomendar a las autoridades pertinentes, la creación de áreas exclusivas dedicadas a la prevención de embarazo adolescente, empezando por charlas educativas en colegios sobre métodos anticonceptivos y salud sexual reproductiva .
- 3) Se recomienda a los profesionales del primer nivel de atención, insistir a las pacientes en la importancia del control prenatal, puesto que se encontró déficit en áreas urbano marginales, de donde la mayoría de casos procedía.
- 4) Se recomienda mejorar el formato de Historia clínica de emergencia, ya que no incluyen ítems sobre datos del número exacto de controles prenatales realizados por las gestantes.
- 5) Se recomienda tomar énfasis, en integrar como de rutina en el primer nivel de atención, exámenes de Laboratorio básicos: hemograma completo, examen de orina; con el fin de hacer seguimiento a pacientes de riesgo.
- 6) Se recomienda mejorar el reconocimiento oportuno por los profesionales de la salud del primer nivel de atención de referir a tiempo ,y así manejar conductas de prevención en los controles prenatales y no cuando ya se inició el trabajo de parto.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. OMS. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
2. Gonzales Ramírez F. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Minist salud. 2017;1era ed.
3. WHO | Maternal, newborn, child and adolescent health. WHO [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 12]; Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/
4. Global Database beta 0.2.52 Nueva York: United Nations. - Indicadores SDG, Department of Economic and Social Affairs [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 12]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>
5. Organization WH. Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds. Geneva World Heal Organ mariés, leurs ... [Internet]. 2007; Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Adolescent+pregnancy+--+Unmet+needs+and+undone+deeds#1>
6. Fund UNP. Status report on adolescents and young people in sub-Saharan Africa: opportunities and challenges. Sudafrica: Africa Regional Office. 2012;
7. Blanco L, Margarita D. La prevención del embarazo en adolescentes de la educación general básica en el Ecuador. 2018;(May).
8. Organización Panamericana de la Salud - Programa de Salud Adolescente. OPS/OMS Chile - América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=1005
9. Mendes N, Palma F, Serrano F. Sexual and reproductive health of Portuguese adolescents. Int J Adolesc Med Health [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 12];26(1):3–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24501151>
10. Luengo-Charath MX, Millán-Klüsse T, Herreros A. J, Zepeda O. AJ, Henríquez C. ME. Madres y padres de adolescentes urbanos: Percepciones y expectativas de la atención en salud sexual y reproductiva para sus hijos. Rev Med Chil. 2014;142(10):1259–66.
11. Peterson AJ, Bonell C. School experiences and young women's pregnancy and parenthood decisions: A systematic review and synthesis of qualitative

research. *Health Place* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2019 Feb 12];53:52–61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S135382921730727X?via%3Dihub>

12. WHO | Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. WHO [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 12]; Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/
13. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Feb 12];121:40–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24641534>
14. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB. Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2002 Nov [cited 2019 Feb 12];79(2):117–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12427395>
15. Parker AL, Parker DM, Zan BN, Min AM, Gilder ME, Ringringulu M, et al. Trends and birth outcomes in adolescent refugees and migrants on the Thailand-Myanmar border, 1986-2016: an observational study. *Wellcome Open Res* [Internet]. 2018;3(May):62. Available from: <https://wellcomeopenresearch.org/articles/3-62/v1>
16. Boyle EM, Johnson S, Manktelow B, Seaton SE, Draper ES, Smith LK, et al. Neonatal outcomes and delivery of care for infants born late preterm or moderately preterm : a prospective population-based study. 2015;(December 2010):479–85.
17. Su BH, Hsieh WS, Hsu CH, Chang JH, Lien R, Lin CH. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from Taiwan: Comparison with Canada, Japan, and the USA. *Pediatr Neonatol* [Internet]. 2015;56(1):46–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedneo.2014.05.002>
18. Chico-barba G, Martı H, Godı E, Sa R, Aguilar-sa K. Pre-pregnancy body mass index classification and gestational weight gain on neonatal outcomes in adolescent mothers : A follow-up study. 2018;1–14.
19. Luna D, Ma V. Parto pretérmino : eficacia y seguridad con tres esquemas de tratamiento Premature Labor . Efficacy and safety of three different therapy regimens . 2016;84(7):440–8.
20. Larroca SG, Vila AD, Recarte MPP, Hernandez IC, Pierna AS, Bonelli SL. Human Development Index (HDI) of the maternal country of origin as a predictor of perinatal outcomes - a longitudinal study conducted in Spain. 2017;4–11.

21. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de nacimientos Perú: 2015. Minist Salud [Internet]. 2015;12–3. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
22. L.D. H, D.L. K. Determinants of low birth weight among deliveries at a Referral Hospital in Northern Ethiopia. *Biomed Res Int* [Internet]. 2018;2018. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L622060575%0Ahttp://dx.doi.org/10.1155/2018/8169615>
23. H. Y, N. L. Maternal factors in predicting low birth weight babies. *Med J Malaysia* [Internet]. 2013;68(1):44–7. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L368428919%5Cnhttp://www.e-mjm.org/2013/v68n1/low-birth-weight-babies.pdf%5Cnhttp://sfx.umd.edu/hs?sid=EMBASE&issn=03005283&id=doi:&atitle=Maternal+factors+in+predicting+low+birth+we>
24. Kuo C-P, Lee S-H, Wu W-Y, Liao W-C, Lin S-J, Lee M-C. Birth outcomes and risk factors in adolescent pregnancies: Results of a Taiwanese national survey. *Pediatr Int* [Internet]. 2009 Oct 27 [cited 2018 Jun 28];52(3):447–52. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1442-200X.2009.02979.x>
25. Tamambang RF, Njim T, Njie AE, Mbuagbaw L, Mafuta A, Tchana M, et al. Adolescent deliveries in urban Cameroon : a retrospective analysis of the prevalence , 6 - year trend and adverse outcomes. *BMC Res Notes* [Internet]. 2018;1–5. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3578-0>
26. Njim T, Agbor VN. Adolescent deliveries in rural Cameroon: Comparison of delivery outcomes between primipara and multipara adolescents. *BMC Res Notes* [Internet]. 2018;11(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3550-z>
27. Perez MJ, Macones GA, Tuuli MG, Stout MJ, Temming LA, Chang JJ, et al. 919: Driving factors of preterm birth risk in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;216(1):S524. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.828>
28. Wagura PM. Prevalence and Factors Associated With Preterm Birth At. 2018;2–9.
29. Bakhteyar K, Birjandi M, Lorzadeh N, Ebrahimzadeh F, Pournia Y, Kamran A. Factors associated with preterm delivery in women admitted to hospitals in Khorramabad: A case control study. *Int J Heal Allied Sci*. 2014;1(3):147.
30. Leal C, Esteves-pereira AP, Nakamura-pereira M, Torres JA, Theme-filha M, Maria R, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health* [Internet]. 2016;13(Suppl 3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>

31. Balladares Tapia FP, Chacon Jarama V de los angeles. Prevalencia y factores de riesgo del parto pretermino en pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. 2016;
32. Arbitradas A, Hekademos RE, Educativo NM, Universitario C, No O, Managua U-. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (Nicaragua). 2016;
33. Palma UR. Factores de riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. 2017;
34. Guillen Guevara JJ. Factores maternos asociados al parto pre termino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. 2015;
35. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-quispe G. Características y riesgos de gestantes adolescentes. 2014;13–8.
36. Alarcon Tarrillo D. factores asociados a parto pre termino en gestantes adolescentes .Hospital Regional docente de Trujillo .Enero 2014 - Diciembre 2015. 2015;
37. Talledo Flores MA. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre termino en el servicio de obstetricia del Hospital de apoyo II – 2 ,Sullana – Piura,Julio – Diciembre 2016. 2018;

8.- ANEXOS:

ANEXO N°1: FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE TRABAJO PARTO PRE TÉRMINO EN EMBARAZO ADOLESCENTE:

1) ¿Paciente presento parto entre las 22 y 37 semanas de gestación?

a) Si. b) No.

Características sociodemográficas de pacientes con parto pre termino en un embarazo adolescente:

2) Procedencia:

a) Urbano. b) Rural.

3) Edad:

a) 10 a 13 años. b) 14 a 16 años. c) 17 a 19 años.

4) Grado de instrucción:

a) Ninguno. b) Primaria. c) Secundaria. d) técnico o superior.

5) Estado civil:

a) Soltera. b) Casada. c) Unión establecida (convivencia). d) Otros.

Antecedentes obstétricos:

6) Número de controles prenatales realizados por la gestante adolescente:

a) Inadecuado: < 6 controles. b) Adecuado: ≥ 6 controles.

7) Numero de Paridad:

a) Primigesta. b) Segundigesta. c) Multigesta d) Gran multigesta.

Factores de riesgo para parto pretermino en un embarazo adolescente:

FACTOR FETAL:	A(si)	B(No)
8) Embarazo múltiple.		
9) Líquido amniótico (volumen): a) Polihidramnios. b) Oligohidramnios. c) Anhidramnios. d)		

Ninguno		
FACTOR MATERNO	A(si)	B(No)
10) Antecedente de aborto(s).		
11) Pre eclampsia		
12) Diabetes Gestacional.		
13) Infección de tracto urinario.		
14) Cervicovaginitis.		
15) Anemia.		
16) Hábito y/o consumo de tóxicos: a) alcohol b) tabaco c) drogas. d) Ninguno.		
17) Antecedente de parto pre término.		
FACTOR OVULAR:		
18) Ruptura prematura de membranas.		
19) Placenta previa.		
20) Desprendimiento prematuro de placenta.		

ANEXO N°2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES HOSPITAL III JOSE CAYETANO JUNIO – DICIEMBRE 2018”

Karen Farfán Gonzales, identificado con el DNI N° 47833175, estudiante de pregrado de la facultad de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Introducción: Solicitando su participación, con el fin de disponer de datos de una población adolescente con diagnóstico de parto pre término del hospital José Cayetano Heredia Piura, así determinar si existe o no factores asociados a parto pre término en gestantes adolescentes, y poder acceder a su historia clínica médica ,extraer datos clínicos y proceder a registrarlos en la hoja de recolección de datos.

Riesgos y Beneficios: Esta investigación NO presenta riesgos asociados. El beneficio esperado de esta investigación es determinar si existen factores asociados a parto pre término en gestantes adolescentes ,así como también poder concientizar acerca de este problema, qué es muy frecuente en nuestro país.

Derechos y obligaciones

Si ha leído este documento y ha decidido participar, se le expone que Ud. tiene derecho a abstenerse de participar en cualquier momento. Por otro lado, el participar no le genera a Ud. ningún tipo de obligación presente o futura. El negarse a participar NO le va a afectar en modo alguno.

Por lo tanto:

YO....., identificado con el DNIAcepto participar del estudio **“Factores asociados a parto pre-termino en gestantes adolescentes hospital III José Cayetano Heredia junio – diciembre 2018”**, ya que comprendo en qué consiste el estudio y se me ha dado la posibilidad de aclarar todas mis dudas. Muchas gracias por su participación en la investigación.

Firma del participante firma del investigador Fecha:

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.

ANEXO N°3:

INFORME FINAL DEL ASESOR

Título: Factores asociados a parto pre-termino en gestantes adolescentes hospital

III José Cayetano Heredia junio – diciembre 2018

Autor: Farfán Gonzales, Karen.

Asesor: Dr. Paz Paz, Jorge.

La presente Tesis reúne la calidad académica, la extensión conveniente del tema y relevancia social porque al encontrar.....

la bibliografía fue tomada de fuente confiable como las páginas de pubmed, Scielo, up to date donde diariamente se publican artículos de investigación de gran confiabilidad, por lo cual autorizo la transcripción en limpio de la tesis.

Se expide el presente informe para los fines que estime conveniente.

Piura,

Dr. Paz Paz Jorge.

ANEXO N°4:

**SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE JURADO EVALUADOR PARA
SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Dr. Víctor ,Serna Alarcón.

Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana

Universidad Privada Antenor Orrego

Yo, **Farfán Gonzales Karen**, alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana, identificado con **I.D. 000105319**; ante usted me presento y expongo:

Que, siendo exigencia indispensable para optar el título profesional de Médico Cirujano, la presentación y sustentación del informe final de mi tesis titulada: "Factores asociados a parto pre – termino en adolescentes Hospital III José Cayetano Heredia Junio – Diciembre 2018 "; solicito a su digno despacho tenga a bien disponer a quienes correspondan el **NOMBRAMIENTO DE JURADO EVALUADOR**, de acuerdo a las normas establecidas.

Por lo expuesto:
Pido a Ud., acceder a mi petición por ser justo.

Piura,

Farfán Gonzales, Karen

DNI 47833175

ANEXO N° 5 : SOLICITUD RESOLUCIÓN DEL CÓMITE DE ÉTICA

“AÑO POR LA IGUALDAD Y NO VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES”

SOLICITUD

A: DR SERNA ALARCON VICTOR
COORDINADOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA HUMANA UPAO
PIURA

ASUNTO: SOLICITO RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

Yo FARFAN GONZALES KAREN, identificado con el DNI 47833175, con código 000105319, estudiante de la Facultad de Medicina Humana UPAO, filial Piura, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que siendo necesario para sustentar el informe de tesis para obtener el título profesional de médico cirujano, es necesario contar con la RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.

Para lo cual adjunto 01 ejemplar del proyecto de investigación

Por lo expuesto espero acceda a lo solicitado.

Atentamente

FARFAN GONZALES KAREN

DNI 47833175