



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

Tesis

**Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes
adolescentes atendidas en el Hospital II-2
Tarapoto, 2022**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Percy Tomas Vásquez de La Cruz
<https://orcid.org/0009-0005-3693-3202>

Asesor:

Dr. Keller Sánchez Dávila
<https://orcid.org/0000-0003-3911-3806>

Coasesor:

Méd. Raúl Estuardo Arroyo Tirado
<https://orcid.org/0009-0002-0780-2500>

Tarapoto, Perú

2023



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE CONTABILIDAD

Tesis

**Análisis financiero para la toma de decisiones,
"Molino León Rojo" E.I.R.L. de la ciudad de
Picota, periodo 2017-2018**

Para optar el título profesional de Contador Público

Autor:

César Eduardo Leiva Piedra

<https://orcid.org/0009-0008-6104-2286>

Asesor:

CPCC. Msc. Ausver Saavedra Vela

<https://orcid.org/0000-0002-7362-896X>

Tarapoto, Perú

2023



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Percy Tomas Vásquez de La Cruz
<https://orcid.org/0009-0005-3693-3202>

Asesor:

Dr. Keller Sánchez Dávila
<https://orcid.org/0000-0003-3911-3806>

Coasesor:

Méd. Raúl Estuardo Arroyo Tirado
<https://orcid.org/0009-0002-0780-2500>

Tarapoto, Perú

2023



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Percy Tomas Vásquez de La Cruz

Sustentada y aprobada 01 de Setiembre 2023, por los jurado:

Presidente de Jurado
Dra. Lolita Arévalo Fasanando

Secretario de Jurado
Méd. Mg. Augusto Ricardo Llontop Reátegui

Vocal de Jurado
Méd. Mg. Raul Pable Alegre Garayar

Asesor
Dr. Keller Sánchez Dávila

Coasesor
Méd. Raúl Estuardo Arroyo Tirado

Tarapoto, Perú
2023



ACTA DE SUSTENTACIÓN

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano Modalidad Tesis

En los ambientes de la Sala de Exposiciones Pabellón "A" de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín Tarapoto - Ciudad Universitaria, siendo las 15:30 horas, del día viernes 01 de setiembre del año dos mil veintitrés se reunieron el Jurado Evaluador de Tesis en mérito a la **Resolución Consejo de Facultad Transitorio N° 059-2023-UNSM-FMH/CFT** de fecha 18-07-2023, integrado por los señores docentes:

Dra. Lolita Arévalo Fasanando	:	Presidente
Méd. Mg. Augusto Ricardo Llontop Reátegui	:	Secretario
Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar	:	Vocal

Para evaluar el Informe de Tesis titulado: **Factores de riesgo y parto pretermino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto. 2022**, presentado por el Bachiller en Medicina Humana, **Percy Tomas Vásquez de la Cruz**, asesorado por el **Dr. Keller Sánchez Dávila y Co-asesor Méd. Raúl Estuardo Arroyo Tirado**, para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

Visto y escuchada la sustentación de tesis y las respuestas a las preguntas formuladas y teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por el sustentante el Jurado en pleno lo declara **APROBADO** con el calificativo de **BUENO** con la nota de **QUINCE (15)**.

Siendo las **16:15** horas del día 01 de setiembre de 2023, el Presidente de Jurado da por finalizado el acto de sustentación. En consecuencia, queda en condición de realizar los trámites para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.


Dra. Lolita Arévalo Fasanando
PRESIDENTE


Méd. Mg. Augusto Ricardo Llontop Reátegui
SECRETARIO


Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar
VOCAL

Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento, hace constar:

Que, se ha revisado y corregido tesis titulado: **Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022**, presentado por egresado de la facultad de medicina humana: **Percy Tomas Vásquez De la Cruz**

Por lo que doy conformidad para los trámites correspondientes.

Tarapoto 01 de setiembre del 2023

.....
Asesor
Dr. Keller Sánchez Dávila
Docente adscrito al DAMH

.....
Co-Asesor
Med. Raul E. Arroyo Tirado

Declaratoria de autenticidad

Percy Tomas Vásquez de La Cruz, registrado con DNI N° 71792424; egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín, con tesis titulada: **Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada, es de mi autoría.
2. La redacción se ha realizado, teniendo en cuenta las citas y referencias bibliográficas para las fuentes de consulta.
3. La información plasmada en esta tesis, no fue autoplagiada.
4. Los datos en los resultados son reales, no fueron alterados, ni copiados; por lo tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo la responsabilidad y las posibles consecuencias que mi accionar derive, sometiéndome a las normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto 01 de setiembre del 2023



Percy Tomas Vásquez de La Cruz

DNI N° 71792424

Ficha de identificación

<p>Título del proyecto</p> <p>Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022</p>	<p>Área de investigación: Ciencias de la Vida y Biomedicina Línea de investigación: Obstetricia y Ginecología Sublínea de investigación: Obstetricia y Ginecología Grupo de investigación: N° 010-2023-UNSM/FMH Tipo de investigación: Casos y controles</p>
<p>Autor: Vásquez de La Cruz, Percy Tomas</p>	<p>Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana https://orcid.org/0009-0005-3693-3202</p>
<p>Asesor: Dr. Keller Sánchez Dávila</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana Unidad o Laboratorio Medicina Humana https://orcid.org/0000-0003-3911-3806</p>
<p>Coasesor: Méd. Raúl Estuardo Arroyo Tirado</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana Unidad o Laboratorio Medicina Humana https://orcid.org/0009-0002-0780-2500</p>

Dedicatoria

A mi madre Teresa Lina De la Cruz Gonzales, por su inquebrantable aliento, su amor inagotable y su tremendo afecto, que me ayudaron a terminar mis estudios.

A mis hermanas Clara, Suseth y Fatima Vásquez De la cruz, gracias por la fuerza, apoyo incondicional y consejos para poder seguir mi hermosa carrera profesional.

A mi Tío el Dr. Arroyo Tirado, Raul E. y a mi tía la Lic. Y Psic. De la Cruz Gonzales, Ines R., por su apoyo, cariño y consejos.

A mis tutores y profesores, por el tiempo y paciencia que me dedicaron.

Agradecimientos

A Dios Todopoderoso, por darme su infinito amor, fuerza, valor y virtud para luchar cada día.

A mi madre Teresa Lina De la Cruz, por su apoyo, paciencia y comprensión en las circunstancias difíciles y por darme la oportunidad de realizar mi meta.

A mi Tío el Dr. Arroyo Tirado, Raul E. y a mi tía la Lic. Y Psic. De la Cruz Gonzales, Ines R., por su inmenso cariño y paciencia.

Índice general

Ficha de identificación.....	7
Dedicatoria	8
Agradecimientos	9
Índice general	10
Índice de tablas.....	12
Índice de figuras.....	13
RESUMEN.....	14
ABSTRACT.....	15
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Fundamentos teóricos.....	20
2.3. Definición de términos básicos.....	27
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	29
3.1. Ámbito y condiciones de la investigación	29
3.1.1. Periodo de ejecución	30
3.1.2. Autorizaciones y permisos	30
3.1.3. Control ambiental y protocolos de bioseguridad.....	30
3.1.4. Aplicación de principios éticos internacionales.....	30
3.2. Sistema de variables.....	30
3.3. Diseño de la investigación	32
3.3.1 Tipo y nivel de la investigación	32
3.3.2 Población y muestra.....	32
3.3.3 Diseño analítico, muestral y experimental	33
3.4. Procedimientos de la investigación	33
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES	40

RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS.....	51

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Descripción de variable por objetivo específico</i>	31
Tabla 2	<i>Factores de riesgo sociodemográficos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022</i>	35
Tabla 3	<i>Factores de riesgo obstétricos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022</i>	36
Tabla 4.	<i>Factores de riesgo ginecológicos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022</i>	37
Tabla 5.	<i>Factores de riesgo medico de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022</i>	37

Índice de figuras

Figura 1	<i>Cuadro representativo de casos y controles</i>	33
----------	---	----

RESUMEN

Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Objetivo: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio básico, cuantitativo, diseño no experimental, analítico de casos y controles de corte transversal, en la que se evaluó 136 casos y controles respectivamente. Técnica análisis documental e instrumento ficha de análisis documental. **Resultados:** las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes mostró no ser factor de riesgo a parto pretérmino en gestantes adolescentes. Los factores de riesgo obstétrico identificados fueron: pre-eclampsia/eclampsia (OR=1,895; $p < 0,05$), embarazo múltiple (OR=3.092), ruptura prematura de membranas (OR=1.473), corioamnionitis (OR=2.015) y antecedente de aborto (OR=5.153). Los factores de riesgo ginecológico fue la vaginosis bacteriana (OR= 1,895) y factores de riesgo médico la presencia de anemia (OR= 1.864; $p < 0,05$). **Se concluye que**, existen factores de riesgo obstétrico, ginecológico y médico que de no identificarse y tratarse precozmente puede desencadenar en parto pretérmino.

Palabras clave: factor de riesgo, parto, pretérmino, gestante adolescente.

ABSTRACT

Risk factors and preterm birth in adolescent pregnant women attended at the II-2 Tarapoto hospital, 2022

Objective: To determine the risk factors for preterm delivery in adolescent pregnant women attended at hospital II-2 Tarapoto, 2022. **Material and Methods:** A basic, quantitative, non-experimental, analytical, cross-sectional case-control study was carried out, in which 136 cases and controls were evaluated, respectively. Documentary analysis technique and documentary analysis form instrument. **Results:** The sociodemographic characteristics of the adolescent pregnant women did not show to be a risk factor for preterm delivery in adolescent pregnant women. The obstetric risk factors identified were: preeclampsia/eclampsia (OR=1.895; $p < 0.05$), multiple pregnancy (OR=3.092), premature rupture of membranes (OR=1.473), chorioamnionitis (OR=2.015) and history of abortion (OR=5.153). The gynecological risk factors were bacterial vaginosis (OR=1.895) and medical risk factors the presence of anemia (OR=1.864; $p < 0.05$). **It is concluded** that there are obstetric, gynecological and medical risk factors that, if not identified and treated early, can trigger preterm labor.

Keywords: risk factor, delivery, preterm, adolescent pregnant woman.



CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

Los partos antes de las 37 semanas son un problema del embarazo que se da en todo el planeta. Es la número dos de causa de muerte en niños menores de cinco años (3) y la primera causa de morbilidad y mortalidad neonatal (35%) en todo el planeta (1,2). El neonato pretérmino puede verse afectado en su salud física, cognitiva y desarrollo de competencias, convirtiéndolo en un desafío de la salud pública (1). Cada año se producen 15.000.000 de partos antes de las 37 sem en todo el planeta, con una frecuencia que oscila entre el 5 y el 13%. (4), siendo entre 6 al 10% en los países primermundistas y 15% en los de tercermundistas (2). Cuando se da a luz entre los 10 y los 19 años, la cuestión se vuelve más problemática. El riesgo de trastornos asociados al embarazo, parto prematuro, bajo peso al nacer y depresión al nacer aumenta durante esta etapa, lo que tiene un efecto deletéreo en los indicadores de la madre, recién nacido y alojamiento conjunto.

En América Latina, de una población de 13 millones de partos, el 15% (2 millones) son de adolescentes, acarreando riesgos como la anemia, hipertensión, bajo peso, Apgar bajo, prematuridad y fatalidad de muerte en el albor de vida, generando alta morbimortalidad materna y el incremento de 2 hasta 3 veces más, la muerte en niños en relación a las gestantes entre 20 a 29 años (5).

Siendo así, la prematuridad se convierte en un problema importante de salud en la gestante adolescente, no sólo a nivel del Estado Peruano, sino a nivel mundial , ya que, por el débil desarrollo de sus órganos y sistemas, el neonato incrementa su morbilidad y mortalidad, y por efecto su calidad de vida futura (6).

Esta situación, aunado a la condición de estado civil soltera, estilo de vida inadecuado, nivel socioeconómico bajo, alcoholismo, tabaquismo, desnutrición crónica, drogadicción, vigilancia pre-natal inadecuado, infección del tracto urinario, infección vaginal por bacteriana, abortos previos, preeclampsia, desprendimiento temprano de membranas, sangrado vaginal en el I o II trimestre por desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa y diabetes, son tipificados como factores de riesgo a culminar en parto pretérmino (7–11). A esto se suma, su asociación a la historia obstétrica y complicaciones del embarazo actual (4).

Este síndrome se origina por la presencia de movimientos musculares uterinos con cambios del cérvix (12). Si bien es cierto, que no existe un método ideal para diagnosticar a las gestantes con riesgo de parto pretérmino, sí existen criterios de mayor especificidad,

las enzimas fetal, la medición del tamaño cervical, y angulación uterino cervical, junto con los antecedentes maternos, la relación sociodemográficos y bienestar materno. Es importante tener todo esto en cuenta para determinar el mejor curso de acción para reducir el riesgo. (13), entre los que se registran , la afección neurológica a largo plazo y trastorno del desarrollo (4). En ese sentido, esta problemática no solo ocasiona agravamiento de salud neonatal y materna, sino también, afecta emocional y económicamente a la familia (14,15).

Por tanto, se considera importante, que toda gestante adolescente reciba atención prenatal minuciosa, eficaz , con calidad y precozmente, para advertir el parto prematuro y reducir la complejidad de la problemática madre neonato (7–9,11). Los factores identificados en el inicio del trimestre permiten adelantar el parto franco al principio de 34 semanas de gestación, y plantear estrategias eficaces y eficientes en la reducción y mitigación del mismo, como el cerclaje del cérvix, la terapia con progesterona a las gestantes con cérvix uterino menor 3 cm y/o con antecedentes de haber tenido parto pretérmino franco (16).

Es necesario contar con planificadores que diseñen protocolos basados en resolver las necesidades sanitarias identificadas en la comunidad para coadyuvar a efectivizar su tratamiento en el arduo labor de parto pretérmino, así mismo , detectar precozmente los factores de riesgo y, por ende, se mejorará la salud perinatal, reducirá la presencia de morbilidades próximas como problemas respiratorios, neurológicos, cardiovasculares o el registro de muerte perinatal a corto plazo (17,18,19).

Inclusive la atención se debe extender después de la gestación, ya que son vulnerables a la aparición futura de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedades metabólicas e hipercolesterolemia (20).

Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en la región peruana el porcentaje de nacidos antes de su fecha de parto está en crecimiento, registra 23% en relación al de la OMS que es del 8,83%, del registro del certificado de nacido vivo MINSA (CNV), con una población que va de 30 mil nacidos antes de las 37 sem de los cuales se presenta 2000 muertes por año que registran CDC. Asimismo, existe un incremento de defunciones neonatales en pretérminos que va del 60% en el año 2011 a 70% en el año 2018. Lo que indica que de cada 10 muertes recién nacidos se informan al sistema que 7 fueron recién nacidos prematuros (21). Esta misma se ve en el Hospital II - 2 Tarapoto, cuya proporción representa el 17,8% para el año 2019 (22), cifra que debe representar la probabilidad en ascenso de fallecimiento de neonatos prematuros.

Por todo ello, se formula el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022?.
Cómo hipótesis de investigación: Los factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022, son sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas y médicos. Y, cómo hipótesis específicas tenemos: i) Los factores de riesgo sociodemográficos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022, son ser soltera, procedencia rural y trabajadora independiente; ii) Los factores de riesgo obstétricos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022, son la preeclampsia, embarazo múltiple, polihidramnios, corioamnionitis y antecedente de aborto; iii) Los factores de riesgo ginecológicos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022, son la vaginosis bacteriana y malformación uterina; y, iv) Los factores de riesgo médico de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022, son anemia e ITU.

El objetivo general del estudio fue: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022. Y, como objetivos específicos: i) Identificar los factores de riesgo sociodemográficos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022; ii) Determinar los factores de riesgo obstétricos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022; iii) Determinar los factores de riesgo ginecológicos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022; y, iv) Determinar los factores de riesgo médico de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Do Vale (23) en Brazil, en el año 2020, evaluó la similitud del embarazo entre 10 a 19 años y los nacidos antes de término, en una población de 23,894 púérperas y sus recién nacidos. Estudio cuantitativo, diseño no experimental, técnica análisis documental e instrumento guía de análisis. obtuvo: Las características socioeconómicas de pobreza tienen mayor probabilidad de prematuridad espontánea en los adolescentes tempranos en relación a adultos (OR = 2,38; IC95%:1,82-3,12). Concluye que, el parto prematuro se asocia significativamente con el parto pretermino, resaltando que, a edad menor de gestación, se incrementa la probabilidad de concluir en un parto prematuro espontáneo.

Safi et al. (24) en Estados Unidos, en el 2021 se analizó un recolección de datos con la finalidad de detectar los factores de riesgo de parto pretérmino, en una población de 60,000 partos. Resultados: Prevalencia de parto prematuro 9,5% y parto prematuro previo mostró mayor riesgo a prematuridad. Concluyeron que, los factores de riesgo en el embarazo precoz se relacionan con el PP.

Murguía-Ricaldo (6), en La capital del Perú en el año 2021, determinó los factores de riesgo materno se incrementan en probabilidad de parto prematuro en pacientes de 10 a 19 años. Estudio retrospectivo, observacional, nivel analítico donde se tubo 60 casos y 120 controles, en una población de 180 gestantes de 10 a 19 años, utilizando la técnica de análisis documental e instrumento lista de cotejo. Producto: Los años maternos promedio fue diecisiete años, el 71.73% de gestas fueron en la etapa adolescencia tardía (15 a 19 años). Se identificó al factor de riesgo significativo ($p < 0,05$) a la anemia (OR:2,074; IC 95%= 1,075 - 4,001), ITU (OR:3,863; IC 95%= 1,508 - 9,896) y preeclampsia (OR:3,714; IC 95%=1,122 - 12,301). Llegaron a la conclusión de que la preeclampsia, la anemia y la ITU son factores de riesgo de PP en individuos de entre 10 y 19 años.

Agapito (25) en el año 2021, En el centro de salud de Bagua se llevó a cabo el análisis básica cuantitativa, no experimental y correlacional sobre una número de 41 mujeres embarazadas para determinar los factores de riesgo materno que culminaron en parto pre-maturo a quienes se revisó historia clínica mediante la técnica de observación y análisis documental. Resultados: entre los factores de riesgo identificados se encontró a las alteraciones hematológicas 55,6%, hipertensión arterial 35,4%, ITU 46,5%. Llegó a determinar de que los factores maternos de relación con el parto prematuro incluyen el

embarazo en la adolescencia, el estado civil de cohabitación, la educación secundaria, la procedencia rural, la anemia, la RPM y una inspección pre-natal inadecuada.

Rengifo (22) en el año 2019, la región San Martín Tarapoto, identificó los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en un establecimiento médico de Tarapoto; una investigación observacional, cuantitativa, analítica, retrospectiva, con muestra no apareada de 200 personas, de casos y controles. Obtuvo: los factores de riesgo son: control prenatal inadecuado OR:3,198, ITU OR:3,738, vaginosis bacteriana OR:2,467, RPM OR:3,389 ($p < 0,05$). Se llega a la conclusión de que los factores de riesgo de PP incluyen el control prenatal insuficiente, las ITU, la vaginosis bacteriana y la RPM.

Córdova y Donayre (26), en el año 2018 en la ciudad de Tarapoto, se identificó en el área de hospitalización, la comparación entre la ITU y el parto prematuro. En esta investigación cuantitativa y retrospectiva se utilizó una muestra de 189 historias clínicas de puérperas con IU, una técnica de análisis documental y una herramienta de lista de comprobación. Resultados: De las que tuvieron ITU, el 52,4% lo hicieron durante la adolescencia, el 29,6% durante el embarazo actual y el 24,2% durante un embarazo anterior. La prevalencia de partos prematuros fue del 61,4%. El 69,8% tenían entre 20 y 34 años, el 57,1% eran bachilleres, el 54,5% eran de ciudad, el 32,8% se habían sometido a cirugía pélvica en el pasado, el 59,8% habían abortado en el pasado, el 67,7% eran primíparas y el 61,9% amas de casa. Llegaron a la conclusión de que existe una correlación significativa entre la PP y la IU previa ($X^2=39,768$; $p0,01$).

2.2. Fundamentos teóricos

Parto pretérmino

El parto antes de las 37 sem se entiende como el nacimiento de un niño que presenta las características de las 37 semanas de gestación por la Organización Mundial de la Salud (27), y por la Organización Panamericana de la Salud (28), debido a que llegan al mundo antes de terminar su desarrollo en el vientre materno, son más vulnerables que los niños que nacen a término.

Del mismo modo, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (29) lo define como el parto que se inicia antes de las 37 semanas de gestación y puede ser causado por factores iatrogénicos o por parto espontáneo.

Se calcula que anual nacen más o menos 15.000.000 de bebés prematuros en relación con su incidencia en el planeta, y esta cifra ha ido creciendo en los últimos dos décadas. Este crecimiento puede estar relacionado con mejores métodos de evaluación, un

aumento de los años de la mamá en el momento de la fecundación y de la morbilidad crónica que la acompaña, como la enfermedad metabólica y la HTA; además, el uso de tratamientos de fertilidad, que da lugar a un aumento de la tasa de concepción gemelar; y cambios en las técnicas obstétricas (30). Las tasas de nacimientos prematuros en las 184 naciones estudiadas oscilan entre el 5% y el 18% de todos los recién nacidos (31). El pronóstico varía según el lugar del parto. Por ejemplo, más del 90% de los recién nacidos.

Para Temu (3), Dado que el sistema sanitario de los países subdesarrollados no está diseñado para atender a neonatos gravemente prematuros, la prematuridad se considera la segundo criterio de fatalidad de niños < 5 años en el planeta. Esta patología produce hipoxia por inmadurez pulmonar y de difícil adaptación respiratoria después de nacer. Las complicaciones que podrían conllevar a la muerte, depende del grado de madurez de los órganos, así como, de la periodo de gestación y peso (30).

Parto prematuro en gestantes adolescentes

Según la OMS, las mujeres adolescentes predisponen el doble de probabilidades de fallecer por complicaciones relacionadas con la gesta que las de 20 a 24 años. Las tasas de mortalidad materna de las gesta de 10 a 14 años pueden ser hasta cinco veces superiores a las de las embarazadas de 20 a 24 años (32). Los conflictos familiares lo empeoran todo. El embarazo en la adolescencia tiene efectos psicosociales que requieren una consideración especial. Estos efectos incluyen el abandono escolar porque la adolescente se ve obligada a retirarse de las clases, el fracaso moral y material, la fuerza de las emociones, los cambios del ambiente sociolaboral y los conflictos de responsabilidad. Cabe mencionar que, lamentablemente, pueden producirse embarazos relacionados con la violación y que, con frecuencia, la persona de la agresión sexual es un familiar, lo que agrava la situación de violencia doméstica (33).

Muchas veces, estas gestas de mayor peligro no se gestionan, y las madres llegan al nosocomio cuando están dando a luz, situándose en peligro tanto sus vidas como las de sus hijos no nacidos. Esto también perturba el trabajo de los servicios médicos, que se ven obligados a intervenir esencialmente a ciegas. Por otra parte, la elevada tasa de mortalidad infantil en este grupo demográfico se explica por el hecho de que los productos de la madre adolescentes están sujetos a nacer pre termino o con falta de masa al venir al mundo. Los nacimientos prematuros son un 50% más demandantes en las adolescentes < diecisiete años que en las adultas embarazadas, y la prevalencia del falta de masa al nacer es 2 a 1 (32).

Causas

El esfuerzo físico forzoso que realiza la gestante que habita en la zona rural, abortos previos espontáneo, preeclampsia, placenta previa, DPP, embarazo múltiple, bajo peso al nacer, ITU, entre otros, pueden ser causas del parto pretérmino; sin embargo, deben identificados y tratados oportunamente durante la APN. En este sentido, es crucial prevenir problemas gineco-obstétrico, como la anemia y los antecedentes de aborto espontáneo, RPM, embarazos múltiples, parto pretérmino previo, periodo intergenésico corto, etc., que contribuirían a reducir la incidencia de esta patología; y, las complicaciones perinatales como: retraso mental, miopía , hemiparesias , EPOC , hipo acucia y habilidades para relacionarse y adaptarse para su vida (34).

Para Huertas (35), el parto prematuro lo explica como una patología en sí, sino como una condición, por ser multifactorial. No se precisa que puedan dar inicio el parto prematuro. Algunos autores, lo especifican en 2 grupos:

- Parto pretérmino espontáneo, que se da en un 66,7% en todo parto pretérminos. De esta población el 15% tuvieron PP previo, 85% son en su primer parto.
- Parto prematuro iatrogénico, realizado por indicación médica, ya sea por alguna patología concomitante durante el embarazo que dificulta continuar su evolución, por estar en peligro la madre, el perinato o los dos. Entre ello tenemos: preeclampsia severa, RCIU, colestasis intrahepática y RPM prolongado, placenta previa, DPP y gestación monocoriónica complicada.

Según Huertas, refiere que investigadores actuales restringen al parto prematuro espontáneo, sugiriendo 2 grandes grupos:

- Intrínsecas, referida a la activación hormonal y neurológica.
- Extrínsecas, referida a la sobredistensión del útero, infección materna, isquemia uteroplacentaria, malformación uterina, patología del cervix, estrés.

Clasificación del parto pretérmino

Entre las consideraciones del parto prematuro, se resalta lo descrito por el Ministerio de Salud (36) que ha dividido al prematuros de por su periodo gestacional en:

- a. Prematuridad leve (34 – 36 semanas).
- b. Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- c. Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- d. Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

Factores de riesgo

Consideraremos factores de riesgo como los factores relacionan al parto pre-término. Así tenemos que, según Senado (37) un Factor de Riesgo “es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido...”. Estos factores, pueden ser individuales, familiares, comunales y/o ambientales, que interrelacionados incrementan los efectos aislados que pudieran tener. Asimismo, puede ser específico o grupales para una determinada enfermedad.

Existen sociedades, hogares y personas que la estadística de padecer o fallecer es superior a otras. Estos grupos humanos son vulnerables debido a características biofisiológicas (sobre todo genéticas), psicosociales, monetaria , etc. (38).

Entre los factores de riesgo asociados a prematuridad, tenemos:

Factores sociodemográficos: en este grupo se consigna el periodo < 19 años, nivel de estudio, registro civil de soltería, ocupación, hábitos nocivos. Se detalla:

- **Periodo de la madre adolescente:** Las madres adolescentes experimentan problemas en el embarazo como resultado de sus sistemas físicos y emocionales subdesarrollados, posiblemente por falta de atención. La probabilidad de culminar en parto prematuro se incrementa en gesta adolescente y por ende baja masa del producto y mayor probabilidad de enfermar o morir (39).
- **Registro civil:** Está estrechamente ligada a una serie de factores de riesgo y se da con mayor frecuencia en neonatos con bajo peso al nacer. Chavarría realizó un estudio en el cual (40), se vio que los neonatos nacidos de madres solteras presentaban tasas más elevadas de prematuridad neonatal que los nacidos de parejas estables.
- **Nivel de estudio:** Se ha demostrado que la salud del neonato y el nivel de educación de la mamá tienen una relación inversamente proporcional. Diversos estudios han demostrado que, en los países tercermundistas, el nivel de educación es de suma consideración a la hora de decidir la atención médica adecuada.
- **Ocupación:** Gutiérrez et al (8) con respecto a la ocupación refiere que las amas de casa 57,5% tuvieron parto a término.
- **Hábitos nocivos:** Es considerado como una de las principales causas del aumento de los nacimientos prematuros 36% (41).

Factores obstétricos: En este grupo se consigna a la nuliparidad o multiparidad, antecedente de aborto o de parto pretérmino, embarazo múltiple, control prenatal

inadecuado, preeclampsia, eclampsia, RPM > 6 horas, cesárea previa y periodo intergenésico corto.

- **Preeclampsia/eclampsia:** Esta complicación del embarazo, está considerada como un desorden de la gestación asociada con la presión arterial elevada pasada la vigésima sem., sin o con presencia de proteínas en orina, epigastralgia, escotoma, etc., su presencia es irreversible y complica a más de 2 órganos, esto se debe a la lesión, produciendo en la gestante y su producto (42). En relación al parto pre-maturo, se da en el 22,6% de los casos e incrementa la probabilidad de concluir el embarazo antes de las 37 semanas en un 7,89 veces más que las gestantes que no concomitan con preeclampsia durante el embarazo (OR=7.89)(43). Otros autores (44), refieren que la probabilidad es de 7,47 (RR:7,47; p=0,000) sobre todo si la complicación es severa. Finalmente, existe otro grupo de investigadores que combinan la presencia de preeclampsia/eclampsia y consideran que la probabilidad de terminar en parto pretérmino es de 16,24 veces más que las que no tuvieron esta complicación (OR:16.24) (2).
- **Embarazo múltiple:** el embarazo múltiple durante la gestación incrementa la probabilidad de presentar parto pretérmino 20,29 veces más que el embarazo único (OR:20.29) (1), esto debido tal vez, a la sobredistención del útero.
- **Desprendimiento temprano de membranas:** Ocurre momentos antes del embarazo, y se constituye en una emergencia obstétrica-perinatal, debido a la falta de protección del feto con el ambiente, por romperse la membrana amniótica, poniendo a la embarazada y perinato en una contaminación con gérmenes provenientes del cervix y el canal vaginal (45). La RPM > 6 horas, puede incrementar la probabilidad de desarrollar corioamnionitis o infección, por lo que, luego de la conducta y/o tratamiento requerido, se puede decidir terminar la gesta ipso facto aun con el producto inmaduro, para reducir la morbi-mortalidad por esta causa (46).
- **Polihidramnios:** Según Huertas (35) la distensión uterina excesiva que produce el polihidramnios al relacionarse a parto pre-término. La tensión uterina puede aumentar la densidad de receptores de oxitocina del miometrio, la liberación de enzimas y factores de necrosis tumoral, conexinas y la contractilidad.
- **Corioamnionitis:** Cuando los microbios patógenos aerobios y anaerobios ascienden al canal uterino, causan corioamnionitis, una infección polimicrobiana y mixta que afecta al corion, el amnios y el feto. Debido a su fuerte asociación con el parto prematuro, se trata de una causa importante de morbilidad materna y fetal. (47).

- **Periodo intergenésico corto:** Referido al tiempo entre 2 gestaciones consecutivas. Según la OPS y la OMS lo consideran adecuado cuando el tiempo transcurrido es al menos en 24 meses; si es menor se considera periodo intergenésico breve o corto, siendo inadecuado para una nueva gestación (48). Went citado en González et al (49) refiere que se sustenta la hipótesis de que ocurre una pérdida de electro nutrientes en la madre, demora en convalecencia de la gestante, reducción de la capacidad para atender y cuidar a sus retoños, al malestar luego del alumbramiento generado, etc. Asimismo, menciona que existe un gran riesgo de complicarse el segundo embarazo con parto pretérmino (OR=1.41).
- **Paridad:** Es la cantidad total de alumbramientos que tiene una fémina. En relación al parto pretérmino el 64,5% eran nulíparas (no tenían historia de un parto anterior que las pudiera considerar como un grupo de riesgo) (50).
- **Antecedente de aborto:** Está referido al diagnóstico de abortos previos a la gestación actual, es decir, al que culmina en parto pretérmino. Algunos autores consideran que está presente en el 32% de los partos prematuros (OR=3,95) (29,31) y otros en un 77.3% (51).
- **Antecedente de parto pretérmino:** la presencia de este factor incrementa la probabilidad de presentar un nuevo parto prematuro en un 90%, se estima que el riesgo es 2,5 veces más y de presentar prematuridad tardía de 8,266 (OR) $p < 0,001$ (8).
- **Control prenatal inadecuado:** El MINSA lo puntualiza como "vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre".
- **Cesárea previa:** Según Urquía (52), se refiere a la realidad de que la relación se ha relacionado con cicatrices uterinas y lesiones cervicales, que pueden afectar a la función uterina en embarazos posteriores. También es concebible que rasgos no medidos de las mujeres que eligen o autoseleccionan las cesáreas, como el método de parto durante un embarazo posterior, estén relacionados con un mayor riesgo de parto prematuro en el futuro. Los estudios actuales indican que existe la probabilidad de incrementar la prematuridad en <15% de que una vez tenidos en cuenta los factores de confusión no medidos, el riesgo desaparece.

Factores ginecológicos: En este grupo se consigna a la vaginosis bacteriana y a la ITU.

- **Vaginosis bacteriana:** Debido a la falta de medios para adquirir un tratamiento prenatal adecuado, la prevalencia de la vaginosis bacteriana suele relacionarse con el parto pre termino y la rotura temprana de membranas en las naciones subdesarrolladas. Es considerada, como una infección polimicrobiana, si presenta al menos 3 de los 4 signos clínicos (pH vaginal > 4,5, secreción con olor a 'pescado', presencia de células 'clave', aumento de flujo vaginal, lechoso (53).
- **Mioma uterino:** Los tumores uterinos suelen afectar más a las mujeres, sobre todo a las nulíparas, y también se conocen como leio-miomas, fibromiomas o miomas. Estos tumores benignos varían en tamaño, desde microscópicos hasta enormes, de muchos kilogramos de peso. En las tres capas de las paredes del útero -el endometrio, el miometrio y la serosa- es donde suelen desarrollarse los miomas. Coexisten con el embarazo entre el 1% y el 3% de las veces y, necesitando de la longitud y ubicación, superpone expulsión del producto espontáneos o partos pre termino; sin embargo, la mayoría de estos casos son satisfactorios (54).

Factores médicos: En este grupo se consigna a las infecciones de vías urinarias y a la anemia.

- **Infección de vías urinarias:** Las bacterias no tratadas en la orina se han relacionado con partos pre termino, poca masa al nacer, crecimiento fetal restringido, muerte infantil y otros problemas. Por ello, es crucial tratar la bacteriuria asintomática lo antes posible.
- **Anemia:** Las mujeres embarazadas que padecen anemia durante el embarazo tendrán bebés que carecen de las reservas de hierro necesarias y pueden sufrir un parto prematuro o un bajo peso al nacer, lo que requerirá aún más hierro. Para garantizar un crecimiento sano y un desarrollo temprano del bebé, el objetivo es reducir la frecuencia de las infecciones respiratorias, así como la duración y la gravedad de la diarrea (55).

Gestante adolescente

La gestación adolescente está referido a todo embarazo ocurrido en mujeres menores de 19 años, es decir, los que se producen dentro del periodo pasado desde la primera menstruación y/o desde la que la adolescente aún depende económicamente de su familia.

El MINSA (56) lo identifica como embarazo en mujeres adolescentes y lo divide en dos categorías: embarazo en la adolescente temprana, que se da en las < quince años, y embarazo en la adolescente tardía, que se da en las que tienen quince años o más.

El embarazo en esta etapa, requiere de mucho soporte, atención y ampara, es por esto la adolescente entra aun estado de incomprensión, malas decisiones y sensible, ya que pasa inmediatamente al rol de ser madre. Se dan cambios mentales debido a su historia de vida, por simbiosis con su pareja, relación familiar, edad y sobre todo por madurez personal. El riesgo de complicarse durante la gestación y parto es alto, La muerte en niños, de poca masa al nacer y los abortos espontáneos son más frecuentes en las mujeres jóvenes, entre dos y tres veces más que en las mujeres mayores. Debido a su propensión a retrasar el tratamiento prenatal, la adolescente muy joven corre un riesgo especialmente alto durante el embarazo. Este retraso puede ser consecuencia de un conocimiento inadecuado de los servicios disponibles, del reconocimiento tardío del embarazo o de la negación del mismo (57).

2.3. Definición de términos básicos

Adolescencia: Periodo de desarrollo entre los diez y diecinueve años clasificado en dos etapas: adolescente temprana (de diez a catorce años) y adolescente tardía (de quince a diecinueve años) (56).

Gestante adolescente: cualquier parto que tenga lugar antes de los 19 años. La gesta adolescente temprana se entiende como la etapa que se da en la adolescentes menores de 15 años, mientras que el embarazo en la adolescencia tardía se comprende como el que se da en adolescentes de quince años a diecinueve años (56).

Parto pretérmino: El parto pre término según la OMS (27) es la que tiene lugar antes de la 36 semanas y 7 días de embarazo.

Atención pre-natal: previo de las 14 semanas de embarazo, la fémina embarazada y el feto deben ser controlados y evaluados minuciosamente con el fin de proporcionar un conjunto clásico de procesos analíticos dando un resultado precoz de síntomas de alerta y razones de riesgo, así como la provisión de conocimientos para el propio cuidado con la colaboración del clan, incluyendo al menos seis visitas prenatales. (58).

Edad gestacional: es el periodo transcurrido durante el embarazo, se indica en días o semanas completas y se computa desde el primer día del fecha ultima regla regular y el tiempo en que se da el cálculo (59).

Parto: se refiere a la extracción del útero del objeto concebido, con un peso mínimo de 500 gramos y una edad gestacional de al menos 22 semanas.

Cesárea: Es aquel nacimiento o culminación del embarazo por intervención quirúrgica (59).

Estado civil: Situación de la persona según las normas o prácticas matrimoniales del país, que definen las obligaciones y los derechos sociales (60).

Factor sociodemográfico: Referido a las características, atributos o elementos que posee la mujer respecto a la edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil, entre otros (60).

Factor obstétrico: Referido a las características, atributos o elementos que posee la mujer respecto a la salud sexual y reproductiva.

Factor ginecológico: Referido a las características, atributos o elementos que posee la mujer respecto a los genitales externos o internos.

Factor médico: Referido a las características, atributos o elementos que posee la gestante respecto a los órganos, sistemas fisiológicas o patológicas.

CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

Ubicación política:

El Hospital II-2 Tarapoto, se encuentra ubicado en el distrito de Tarapoto, provincia de San Martín, región San Martín.

Ubicación geográfica:

La región de Tarapoto esta entre los catorce distritos que forman la provincia de San Martín dentro del departamento de San Martín del Oriente del Perú. Tarapoto es una ciudad industrial y comercial de la provincia de San Martín y con un conteo en el 2020 de una población de 183 471 pobladores, esta ciudad está unida a tres distritos: Tarapoto, Banda de Shilcayo y Morales. Sobre el nivel del mar se ubica a 333 metros y por sus fáciles y diferentes puntos estratégicos favorece al comercio distrital, regional, nacional e internacional (61).

El distrito se relaciona por el oeste, con Morales y Cacatachi; por el norte, con los distritos de La Banda de Shilcayo y San Antonio Cumbaza; al Este solo con La banda de Shilcayo y por el sur, con el distrito de Juan Guerra.

Contexto histórico y jurídico:

Fundada un veinte agosto de 1782, por el obispado español y su representante Martínez Compañón Baltasar Jaime. Sus población indígena en ese tiempo estaba conformado por remanentes de Chancas y los Pocras administrados y dominados por los Incas, al llegada de los españoles y con ayuda de los caudillo de Ancohallo, permitieron vencer y establecerse en los valles de los Cumbaza y ríos Mayo en el departamento de San Martín así formando su primera ciudad llamada Lamas, luego expandiéndose hacia el sur llegando a la laguna Suchiche, valle de los ríos Cumbaza y valle de la banda de Shilcayo. Por lo que tomaron como punto estratégico a la laguna en la abundan las palmeras de nombre "Taraputus" traducida barriguda, y es de esta denominación que el obispo Martínez Compañón Baltasar Jaime usa, nombrando la ciudad de las palmeras Taraputus en donde ya se encontraban recolectores pescadores y cazadores, con el tiempo se unifico como Tarapoto y por su gran variedad y exquisita cultura se volvió un principal punto de comercio turismo e industria del nororiente del Perú (61).

3.1.1. Periodo de ejecución

Octubre 2022 – marzo 2023

3.1.2. Autorizaciones y permisos

Se contó con la autorización del director del Hospital II-2 MINSA – Tarapoto

3.1.3. Control ambiental y protocolos de bioseguridad

No es pertinente por no requerir contacto con los pacientes.

3.1.4. Aplicación de principios éticos internacionales

Se aplicó el principio de confidencialidad, manteniendo sus datos de las madres gestantes en el nombradía (62). Caridad, ya que las conclusiones y recomendaciones se centrarán en la comprensión de los factores de riesgo en nuestro servicio. No maleficencia, ya que no había riesgo para el paciente. Justicia, ya que las conclusiones y recomendaciones del estudio se pusieron a disposición de todo aquel que las necesitara. Asimismo, se respetó el código de Deontología y Ética del Colegio Médico del Perú (63), art. n° 77, que refiere: “La elaboración diagnóstica, terapéutica y pronóstica contenidas en la historia clínica, pueden ser utilizadas por el médico tratante para fines de investigación y docencia, siempre que se mantenga en reserva aquellos datos que permita la identificación del paciente” y Ley General de Salud del Perú (64), en donde se especifica que todos los datos deben utilizarse sólo para razones de investigación y que el paciente no se verá afectado por la protección del anonimato.

3.2. Sistema de variables

Variable independiente: Factores de riesgo sociodemográfico, obstétrico, ginecológico y médico

Variable dependiente: Parto pretérmino en gestantes adolescentes

Tabla 1

Descripción de variables por objetivo específico

Objetivo específico Nº 1: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factor de riesgo sociodemográfico	Edad materna 10-15 años	Ficha de recolección de datos: Lista de cotejo	Nominal
	Edad materna 15-19 años		
	Estado civil soltera		
	Analfabetismo		
	Ocupación ama de casa		
	Procedencia rural		
	Tabaquismo		
	Drogadicción		
Objetivo específico Nº 2: Identificar los factores de riesgo obstétricos de parto pre-término en gesta de adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factor de riesgo obstétricos	Preeclampsia/eclampsia	Ficha de recolección de datos: Lista de cotejo	Nominal
	Embarazo gemelar		
	Rotura prematura de membranas > 18 horas		
	Polihidramnios		
	Corioamnionitis		
	Intervalo intergenésico corto		
	Paridad		
	Antecedente de aborto		
	Antecedente parto pretérmino		
	Hemorragia del tercer trimestre		
Control prenatal inadecuado o ausente			
	Cesárea previa		
Objetivo específico Nº 3: Identificar los actores de riesgo ginecológico de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factor de riesgo ginecológico	Vaginosis bacteriana Mioma uterino	Ficha de recolección de datos: Lista de cotejo	Nominal
Objetivo específico Nº 4: Identificar los factores de riesgo médico de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factor de riesgo médico	Infección del tracto urinario Anemia	Ficha de recolección de datos: Lista de cotejo	Nominal

3.3 Diseño de la investigación

3.3.1 Tipo y nivel de la investigación

Tipo de investigación básica, de enfoque cuantitativo, de corte transversal.

Nivel de investigación analítico, diseño no experimental de casos y controles (65).

3.3.2 Población y muestra

Población

Casos: Todas las adolescentes que acudieron por parto prematuro constituían la población en el Hospital II-2 Tarapoto durante el año 2022, que son en promedio 136. (fuente: Oficina del área de estadística de obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto).

Controles: Todas las adolescentes que dieron a luz a término constituyeron la población en el Hospital II-2 Tarapoto durante el año 2022, que son en promedio 308. Oficina del área de estadística de obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto).

Criterio de inclusión:

- Madre adolescente con diagnóstico de parto pretérmino (22 – 36.6 semanas) (grupo casos) y a término (37 – 41.6 semanas) (grupo control) con registro de historia clínica completa atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
- Gestante en edad entre 10 a 19 años, cuya edad gestacional haya sido determinada por FUA o sonografía del primer trimestre durante la atención prenatal, que haya concluido en parto pretérmino o a término.

Criterios de exclusión:

- Gestante adolescente cuya etapa de gesta fueron menor igual a 21 sem. y 6 días y > a 41 sem y 6 días que no cuenten con historia clínica completa.

Muestra

La muestra de casos fue censal, es decir, 100% de la población en estudio. Para el control se tomó la misma cantidad.

Casos: 136 gestantes adolescentes atendida de parto pretérmino.

Controles: 136 gestantes adolescentes atendida de parto a término

3.3.3 Diseño analítico, muestral y experimental

El siguiente trabajo de investigación es de diseño no experimental, de casos y controles – transversal, ya que se determinó los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes del hospital II-2 Tarapoto, 2022.

Factor	Parto pretérmino	
	Casos +	Controles -
Comprometido	A	b
No comprometido	C	d
Total	a + c	b + d

Figura 1.

Cuadro representativo de casos y controles

$$OR = \frac{a}{c} \times \frac{b}{d}$$

Donde:

- a : Todas las madres adolescentes que tuvieron el factor de exposición y el diagnóstico de parto pretérmino.
- b : Todas las madres en edad adecuada que tuvieron el factor de exposición y no tuvieron el diagnóstico de parto pretérmino.
- c : Todas las madres adolescentes que no tuvieron el factor de exposición y tuvieron el diagnóstico de parto pretérmino.
- d : Todas las madres en edad adecuada que no tuvieron el factor de exposición y tampoco el diagnóstico de parto pretérmino.

3.4 Procedimientos de la investigación

Procedimientos:

Cuando el Hospital II-2 Tarapoto haya otorgado la aprobación necesaria para la realización del proyecto de estudio, la información se recopilará de las siguientes maneras.:

- Se solicitó la autorización para la recolección de datos.
- Se procedió a identificar el número de historias clínicas de madres adolescentes atendidas de parto pretérmino y a término en el Hospital II-2 Tarapoto.
- Una vez obtenidas las historias clínicas se consignó la información a la ficha de recolección (lista de cotejo).
- Se procedió al pareamiento de los casos con los controles según la culminación de parto pretérmino y a término, a través del ODDS RATIO.

Instrumento:

Se aplicó una cedula de recolección de datos (anexo 1), realizado por el autor, en base a los fundamentos teóricos. El instrumento constó de 22 ítems en total, distribuida en 4 dimensiones: sociodemográficas (6 ítems), obstétricas (12 ítems), ginecológicas y médicos (2 ítems c/u); cuyas alternativas de respuesta fue dicotómica (presente/ausente).

Métodos de análisis de datos

La información se introdujo en una base de datos utilizando el programa SPSS versión 27 para Windows después de transcribir los datos en una lista de control. Para procesar los datos se utilizaron los siguientes estadísticos:

Estadística descriptiva: Análisis univariado. Se presentó mediante tablas de frecuencias.

Estadística inferencial: Calculando la odds ratio con un intervalo de confianza del 95% y asumiendo valores significativos de $p < 0,05$, se identificaron las variables de riesgo.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Objetivo específico 1: Identificar los Factores de riesgo sociodemográficos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Tabla 2.

Factores de riesgo sociodemográficos de parto pre-término en gesta adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022

Factores sociodemográficos		Casos		Controles		Total		OR (IC 95%)
		fi	%	fi	%	fi	%	
Edad materna	10 - 15 años	31	22.8%	37	27.2%	68	25.0%	OR= 0.790 IC = 0.456 -1.370
	15 - 19 años	105	77.2%	99	72.8%	204	75.0%	
Estado civil	Soltera	32	23.5%	46	33.8%	78	28.7%	OR= 0.602 IC = 0.354 - 1.025
	Casada/ conviviente	104	76.5%	90	66.2%	194	71.3%	
Grado de instrucción	Iletrada	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	OR = ND IC = ND
	letrada	136	100.0%	136	100.0%	272	100.0%	
Ocupación	Ama de casa	99	72.8%	92	67.6%	191	70.2%	OR = ND IC = ND
	Trabajadora (Otra)	37	27.2%	44	32.4%	81	29.8%	
Procedencia	Rural	83	61.0%	87	64.0%	170	62.5%	OR = 0.882 IC = 0.540 - 1.442
	Urbana	53	39.0%	49	36.0%	102	37.5%	
Hábitos nocivos	Presente	1	0.7%	1	0.7%	2	0.7%	OR = 1.000 IC = 0.062 - 16.152
	Ausente	135	99.3%	135	99.3%	270	99.3%	

Fuente: base de datos SPSS Vs 27, ND (no determinando)

Se determinó los factores de riesgo sociodemográficos calculando el Odds Ratio con un intervalo de confianza de 95%. Los factores edad materna (OR:0.790; IC95%:0.456-1.370), estado civil (OR:0.602; IC95%:0.354-1.025), grado de instrucción (OR:ND; IC:ND), ocupación (OR:ND; IC:ND), procedencia (OR:0.882; IC95%:0.540-1.442) y hábitos nocivos (OR:1.000; IC95%:0.062-16.152) no son factores de riesgo sociodemográficos a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022, por tener OR menor o igual a 1.

4.2 Objetivo específico 2: Determinar los factores de riesgo obstétricos de parto pre-término en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Tabla 3.

Factores de riesgo obstétricos de parto pre-término en gesta adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Factores obstétricos	Casos		Controles		Total		OR IC 95%	
	fi	%	fi	%	fi	%		
Pre-eclampsia/ eclampsia	Si	32	23.5%	19	14.0%	51	18.8%	OR = 1.895 IC = 1.013 - 3.544
	No	104	76.5%	117	86.0%	221	81.3%	
Embarazo múltiple	Presente	6	4.4%	2	1.5%	8	2.9%	OR = 3.092 IC = 0.613 - 15.601
	Ausente	130	95.6%	134	98.5%	264	97.1%	
RPM > 18 h	Presente	21	15.4%	15	11.0%	36	13.2%	OR = 1.473 IC = 0.724 - 2.996
	Ausente	115	84.6%	121	89.0%	236	86.8%	
Polihidramnios	Presente	1	0.7%	1	0.7%	2	0.7%	OR = 1.000 IC = 0.062 - 16.152
	Ausente	135	99.3%	135	99.3%	270	99.3%	
Corioamnionitis	Presente	0	0.0%	2	1.5%	2	0.7%	OR = 2.015 IC = 1.787 - 2.272
	Ausente	136	100.0%	134	98.5%	270	99.3%	
Paridad	Presente	7	5.1%	11	8.1%	18	6.6%	OR = 0.617 IC = 0.232 - 1.641
	Ausente	129	94.9%	125	91.9%	254	93.4%	
Antecedente de aborto	Presente	5	3.7%	1	0.7%	6	2.2%	OR = 5.153 IC = 0.594 - 44.699
	Ausente	131	96.3%	135	99.3%	266	97.8%	
Hemorragia del tercer trimestre	Presente	1	0.7%	3	2.2%	4	1.5%	OR = 0.328 IC = 0.034 - 3.197
	Ausente	135	99.3%	133	97.8%	268	98.5%	
Control prenatal	Adecuado	52	38.2%	110	80.9%	162	59.6%	OR = 0.146 IC = 0.084 - 0.254
	Inadecuado	84	61.8%	26	19.1%	110	40.4%	
Cesárea previa	Presente	6	4.4%	11	8.1%	17	6.3%	OR = 0.524 IC = 0.188 - 1.461
	Ausente	130	95.6%	125	91.9%	255	93.8%	

Fuente: base de datos SPSS Vs 27

Se determinó como factores de riesgo obstétrico, a la pre-eclampsia/eclampsia (OR= 1,895; IC95%= 1.013-3.544), embarazo múltiple (OR=3.092; IC95%= 0.613-15.601), RPM >18 horas (OR=1.473; IC95%=0.724-2.996), corioamnionitis (OR=2.015; IC95%=1.787-2.272) y el antecedente de aborto (OR=5.153; IC95%=0.594-44.699).

Objetivo específico 3: Determinar los factores de riesgo ginecológicos de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Tabla 4.

Factores de riesgo ginecológicos de parto pre-término en gesta adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Factores ginecológicos		Casos		Controles		Total		OR IC 95%
		fi	%	fi	%	Fi	%	
Vaginosis bacteriana	Presente	5	3.7%	0	0.0%	5	1.8%	OR = 2.038 IC = 1.804 - 2.303
	Ausente	131	96.3%	136	100.0%	267	98.2%	
Mioma uterino	Presente	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	OR = ND IC = ND
	Ausente	136	100.0%	136	100.0%	272	100.0%	

Fuente: base de datos SPSS Vs 27

Se determinó como factores de riesgo ginecológico a través del OR y el intervalo de confianza al 95%, a la vaginosis bacteriana (OR= 1,895; IC95%= 1.013-3.544).

4.3 Objetivo específico 4: Determinar los factores de riesgo médico de parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Tabla 5.

Factores de riesgo médico de parto pre-término en gesta adolescentes atendidas en el hospital II-2 Tarapoto, 2022

Factores médicos		Casos		Controles		Total		OR IC 95%
		fi	%	fi	%	fi	%	
Infección de vías urinarias	Presente	40	29.4%	37	27.2%	77	28.3%	OR = 1.115 IC = 0.658 - 1.890
	Ausente	96	70.6%	99	72.8%	195	71.7%	
Anemia	Presente	77	56.6%	56	41.2%	133	48.9%	OR = 1.864 IC = 1.152 - 3.017
	Ausente	59	43.4%	80	58.8%	139	51.1%	

Fuente: base de datos SPSS Vs 27

Se determinó como factores de riesgo médico a través del OR y el intervalo de confianza al 95%, a la presencia de anemia (OR= 1.864; IC95%= 1.152-3.017).

Discusión

El parto pre término es una problemática del embarazo que puede ocurrir en cualquier parte. Se le atribuye el 35% de las muertes neonatales, por lo que se considera las primeras causas de mortalidad y morbilidad neonatal en todo el planeta (1,2). Además, constituye la 2da razón de muerte en < de 5 años (3). Esta complicación afecta el bienestar físicamente, cognitiva y el desarrollo de habilidades, lo que lo hace una de los mayores retos para la salud familiar y pública (1). La situación se agrava cuando el parto ocurre en las féminas de entre diez y diecinueve años, ya que esto puede tener un impacto negativo en los ejemplos madre, cuidados en el recién nacidos y recién nacidos, aumentando los riesgos de enfermedades asociadas al parto, la prematuridad, poca masa al nacer y letargia al nacer.

Objetivo específico 1: Se aplicó el cálculo Odds Ratio con un IC de 95%, para determinar los factores de riesgo sociodemográficos de la población en estudio; reportando como resultado que, los factores edad materna (OR:0.790; IC95%:0.456-1.370), estado civil (OR:0.602; IC95%:0.354-1.025), grado de instrucción (OR:ND; IC:ND), ocupación (OR:ND; IC:ND), procedencia (OR:0.882; IC95%:0.540-1.442) y hábitos nocivos (OR:1.000; IC95%:0.062-16.152) no son factores de riesgo sociodemográficos a parto pre término en gesta adolescente atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2022, por tener OR menor o igual a 1; es decir, ninguno de ellos resultó ser un factor de riesgo. Por lo contrario, Do Vale (23) en Brazil, en el año 2020, identificó que los factores socioeconómicos tienen mayor probabilidad de prematuridad espontánea en los adolescentes tempranos en relación a adultos 19 a 40 años (OR = 2,38; IC95%:1,82-3,12), resaltando que, a edad menor de gestación, se incrementa la posibilidad de terminar en un parto prematuro espontáneo. El mismo resultado reporta Rengifo (22) en el año 2019, en la región San Martín Tarapoto, indicando que el control prenatal inadecuado (OR:3,198), ITU (OR:3,738), vaginosis bacteriana (OR:2,467), RPM (OR:3,389) son factores de riesgo.

Si bien es cierto, la falta de desarrollo emocional y biológico de la madre adolescente, puede conllevar a presentar complicaciones durante la gestación incluido la prematuridad, en el estudio los resultados son contrarios ya que determina no ser factores de riesgo. Esto podría deberse a que las gesta en adolescentes en su mayoría oscilan entre los adolescentes tardíos (75%), son casadas y/o convivientes (71.3%), letradas (100%), ocupación ama de casa (70.2%) y no tienen hábitos nocivos (99.3%).

Objetivo específico 2: Se identificó como factores de riesgo obstétrico a la preeclampsia/eclampsia (OR=1,895; $p < 0,05$), embarazo múltiple (OR=3.092), RPM > 18 H (OR=1.473), corioamnionitis (OR=2.015) y antecedente de aborto (OR=5.153). Resultados similares reporta Murguía-Ricaldo (6), en la capital del Perú en el año 2021, quien identificó como factor de riesgo significativo a la preeclampsia (OR:3,714). Por lo contrario, Rengifo (22) identificó como factores de riesgo al control prenatal inadecuado (OR:3,198) a lo que si identifica como factor de riesgo significativo a la RPM (OR:3,3895).

Debemos considerar que la preeclampsia y/o eclampsia son complicaciones del embarazo considerada como desorden gestacional asociada a la presencia de hipertensión arterial después de las 20 semanas, siendo esta irreversible y afecta múltiples órganos afectando a la gestante y su producto. Asimismo, el gesta múltiple y RPM > 18 horas incrementa la probabilidad de prematuridad, debido a la sobre distensión del útero.

Objetivo específico 3: En cuanto a los factores de riesgo ginecológico a través del OR y el intervalo de confianza al 95%, se reportó a la vaginosis bacteriana (OR= 1,895). Por su parte, Rengifo (22) reporta similar resultado: vaginosis bacteriana (OR:2,467). La vaginosis bacteriana se encuentra fuertemente asociada a parto prematuro, debido tal vez a la relación que tiene a su vez con el desprendimiento temprano de membranas y a la presencia de infección corioamniótica, siendo exacerbado cuando presenta por lo menos 3 a 4 signos clínicos que le acompañan como ph mayor a 4.5 , fluido con edor a pescado, presencia de células clave y aumento de flujo vaginal lechoso (54)

Objetivo específico 4: Finalmente, respecto a los factores de riesgo médicos se determinó solo a la presencia de anemia (OR= 1.864; $p < 0,05$). Este resultado es similar a lo encontrado por Murguía-Ricaldo (6), en Lima en el año 2021, quien identificó como factor de riesgo significativo a la anemia (OR:2,074). Por lo contrario, Córdova y Donayre (26), en el año 2018 en la ciudad de Tarapoto, identifica como factor de riesgo a la ITU previa ($X^2=39,768$; $p < 0,01$), así como, Rengifo (22) reporta como factor de riesgo a la ITU (OR:3,738); y, Agapito (25) identificó además, a las alteraciones hematológicas, hipertensión arterial e ITU.

Según el resultado obtenido, El riesgo de parto prematuro aumenta con la anemia principalmente en el primer y segundo periodo del embarazo, y el riesgo aumenta con la gravedad del déficit de Hb. El riesgo de parto prematuro se duplica si la Hb es inferior a 9.5 g/L. La hipoxia crónica provocada por la anemia puede desencadenar una reacción de estrés, que a su vez hace que la placenta libere la hormona adrenocorticotrópica

(CRH), que a su vez hace que el feto produzca más cortisol, lo que eleva el riesgo de parto prematuro (66).

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo a parto pretérmino son: pre-eclampsia/eclampsia (OR=1,895), gesta múltiple (OR=3.092), RPM > 18 horas (OR=1.473), corioamnionitis (OR=2.015), antecedente de aborto (OR=5.153), la vaginosis bacteriana (OR= 1,895) y anemia (OR= 1.864). Solo la pre-eclampsia/eclampsia fueron estadísticamente significativos $p < 0,05$.
2. No se identificó a ningún factor sociodemográfico como factor de riesgo a prematuridad por estar incluido el 1 en el IC; $p > 0,05$.
3. Se localizo como factores de riesgo obstétrico para desencadenar prematuridad, a la pre-eclampsia/eclampsia (OR=1,895), embarazo múltiple (OR=3.092), RPM > 18 horas (OR=1.473), corioamnionitis (OR=2.015) y antecedente de aborto (OR=5.153). Solo la pre-eclampsia/eclampsia se relacionan significativamente con el parto pre término ($p < 0,05$).
4. Los factores de riesgo ginecológico a parto prematuro, fue la vaginosis bacteriana (OR= 1,895; $p > 0,05$).
5. Los factores de riesgo médicos a parto pre-maturo fue la presencia de anemia (OR= 1.864; $p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital II-2 Tarapoto:

1. A los profesionales médicos, se sugiere detectar inmediatamente los factores de riesgo durante la atención prenatal de la gestante de alto riesgo, como son, las adolescentes, con la finalidad de tratarla oportunamente para evitar las complicaciones que podrían acarrear de ella.
2. Se recomienda al equipo multidisciplinario que labora en los diferentes establecimientos de salud, sensibilizar y educar a la población adolescente, respecto a la postergación al máximo de las relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos y en caso de gestación acudir inmediatamente para el control prenatal e identificación de factores de riesgo sociodemográficos que podrían desencadenar el parto prematuro, para su referencia precoz y oportuna.
3. Es importante la participación del profesional obstetra durante la atención prenatal para monitorear, identificar y referir al especialista, en caso identifique alguna alteración fisiológica durante la gestación para su tratamiento inmediato.
4. Es importante implementar estrategias de sensibilización y educación para los estudiantes de medicina y profesional médicos que trabajan en consultorios externos de alto riesgo, con el objetivo de difundir y enseñar los factores de riesgo identificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Do Carmo M, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Soares RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health* [Internet]. 2016;13(Suppl 3):127. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>
2. Ayebare E, Ntuyo P, Malande OO, Nalwadda G. Maternal, reproductive and obstetric factors associated with preterm births in Mulago hospital, Kampala, Uganda: A case control study. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2018;30:1–8. Available from: <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.272.13531>
3. Temu TB, Masenga G, Obure J, Moshia D, Mahande MJ. Maternal and obstetric risk factors associated with preterm delivery at a referral hospital in northern-eastern Tanzania. *Asian Pacific J Reprod* [Internet]. 2016;5(5):365–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apjr.2016.07.009>
4. Koullali B, Oudijk MA, Nijman TAJ, Mol BWJ, Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2016;21(2):80–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2016.01.005>
5. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol y Reprod Humana* [Internet]. 2015;29(2):76–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
6. Murguía-Ricalde F, Indacochea-Cacéda S, Roque J, De La Cruz-Vargas J. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2021;10(2):35–41. Available from: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021226>
7. Guadalupe-Huamán SM, Oshiro-Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. *Rev la Fac Med Humana* [Internet]. 2017;17(1):32–42. Available from: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746/682>
8. Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017;55(4):424–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>

9. Roozbeh N, Moradi S, Soltani S, Zolfizadeh F, Hasani M, Yabandeh A. Factors associated with preterm labor in Hormozgan province in 2013. *Electron physician* [Internet]. 2016;8(9):2918–23. Available from: <https://doi.org/10.19082/2918>
10. Wagura P, Wansuna A, Laving A, Wamalwa D, Ng'ang'a P. Prevalence and Factors Associated With Preterm Birth AtPr. *BMC Pregnancy Idbirth* [Internet]. 2018;18(107):2–9. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1740-2>
11. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016;81(4):330–42. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n4/art12.pdf>
12. Castillo-Castro E, Espinola-Sánchez M, Sanca-Valenciano S. Perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino que concluyen en parto pretérmino. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2017;6(2):18–21. Available from: <https://doi.org/10.33421/inmp.201792>
13. Oskovi Kaplan ZA, Ozgu-Erdinc AS. Prediction of Preterm Birth: Maternal Characteristics, Ultrasound Markers, and Biomarkers: An Updated Overview. *J Pregnancy* [Internet]. 2018;8. Available from: <https://doi.org/10.1155/2018/8367571>
14. Kelkay B, Omer A, Teferi Y, Moges Y. Factors Associated with Singleton Preterm Birth in Shire Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018. 2019;9. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/4629101>
15. Organización M de la S. Nacimientos prematuros. Ginebra. Suiza. 2018. [Internet]. 2018. p. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
16. Ddamaso EL, Lober D, Carvalho R, Quintana S, Duarte G, Silva F, et al. Prediction of Preterm Birth by Maternal Characteristics and Medical History in the Brazilian Population. *J Pregnancy* [Internet]. 2019;6. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/4395217>
17. Mahapula FA, Kumpuni K, Mlay JP, Mrema TF. Risk factors associated with preterm birth in dar es salaam, tanzania: A case-control study. *Tanzan J Health Res* [Internet]. 2016;18(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.4314/thrb.v18i1.4>
18. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Fatores de Risco para parto prematuro em um hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24. Available from:

- <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>
19. Soltani M, Tabatabaee H, Saeidinejat S, Eslahi M, Yaghoobi H, Mazloumi E, et al. Assessing the risk factors before pregnancy of preterm births in Iran: A population-based case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019;19(57):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2183-0>
 20. Tanz LJ, Stuart JJ, Williams PL, Missmer SA, Rimm EB, James-Todd TM, et al. Preterm Delivery and Maternal Cardiovascular Disease Risk Factors: The Nurses' Health Study II. *J Women's Heal* [Internet]. 2019;28(5):677–85. Available from: <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7150>
 21. Centro Nacional de Epidemiología P y C de E. Boletín epidemiológico del Perú. Volúmen 28 - SE 46 Semana Epidemiológica (del 10 al 16 de noviembre). Cent Nac Epidemiol Prevención y Control enfermedades [Internet]. 2019;28-SE 46:1166–90. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
 22. Rengifo S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II-2 Tarapoto, octubre 2017 - octubre 2018 [Internet]. Renati. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2019. Available from: [https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3213/MEDICINA HUMANA - Silvia Janitza Rengifom Pinedo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3213/MEDICINA_HUMANA - Silvia Janitza Rengifom Pinedo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 23. do Vale de Almeida AH, Nogueira SG, Oliveira M, do Carmo C, Pacheco VE, Martinelli KG, et al. Teenage pregnancy and prematurity in Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021;36(12):2011–2. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145919>
 24. Safi Z, Venugopal N, Ali H, Makhoul M, Farooq F, Boughorbel S. Analysis of risk factors progression of preterm delivery using electronic health records. *BioData Min* [Internet]. 2022;15(17):1–16. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13040-022-00298-7>
 25. Agapito A. Factores maternos y parto prematuro en el Hospital de Apoyo Bagua – enero a diciembre 2020 [Internet]. Universidad Pedro Ruiz Gallo; 2021. Available from: [https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/10302/Agapito Cortez%2C Anal Liliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/10302/Agapito_Cortez%2C%20Anal%20Liliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 26. Córdova J, Donayre B. Antecedente de infección del tracto urinario y parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto. [Internet]. Renati.

- Universidad Nacional de San Martín Tarapoto; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/11458/3005>
27. Organización Mundial de la Salud. Nacimiento prematuro [Internet]. Ginebra - Suiza. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
 28. Organización Panamericana de la salud. bebés prematuros: historia de seis madres [Internet]. OPS. 2019. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15581:por-una-atencion-apropiada-en-el-momento-justo-y-en-el-lugar-adecuado&Itemid=72543&lang=es#gsc.tab=0
 29. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia práctica. Parto pretérmino. *Progresos Obstet y Ginecol* [Internet]. 2020;63(5):283–321. Available from: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
 30. Organización Mundial de la Salud. Nacimiento prematuro [Internet]. Ginebra - Suiza. 2018 [cited 2022 Oct 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
 31. Instituto Nacional Materno perinatal. Encuesta demográfica. Boletín estadístico. [Internet]. INEI. 2020. Available from: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
 32. Elfenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2003;50(4):781–800. Available from: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0031395503000695/first-page-pdf>
 33. Hofferth S. The Effects of Early Childbearing on Schooling over Time. *Fam Plann Perspect* [Internet]. 2001;33(6):259–67. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3030193>
 34. Mekuriyaw A, Mihret M, Yismaw A. Determinants of Preterm Birth among Women Who Gave Birth in Amhara Region Referral Hospitals, Northern Ethiopia, 2018: Institutional Based Case Control Study. *Int J Pediatr (United Kingdom)* [Internet]. 2020;8. Available from: <https://doi.org/10.1155/2020/1854073>
 35. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2018;64(3):399–404. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>

36. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido [Internet]. Ministerio de Salud. 2007. p. 28. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
37. Senado J. Los factores de riesgo. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 1999;15(4):446–52. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
38. Sarué E, Diaz AG, Fescina R., Simini F, Giacomini H, Schwarcz R. Manual de autoinstrucción. Enfoque de riesgo [Internet]. 1996. p. 2335–41. Available from: [http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES NOVEDADES/EDICIONES DEL CLAP/CLAP 1264.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES_NOVEDADES/EDICIONES DEL CLAP/CLAP 1264.pdf)
39. Vélez E, Figueredo L. Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes. Rev Educ en Valores Univ Carabobo [Internet]. 2015;1(23):18–28. Available from: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n23/art03.pdf>
40. Chavarría F. Risk factors related to childbirth in El Salvador. ALERTA Rev Científica del Inst Nac Salud [Internet]. 2019;2(2):144–52. Available from: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>
41. Europapress. El estrés, el retraso de la maternidad y hábitos nocivos, principales causas del aumento de los nacimientos prematuros [Internet]. Available from: <https://www.europapress.es/murcia/noticia-estres-retraso-maternidad-habitos-nocivos-principales-causas-aumento-nacimientos-prematuros-20200229112953.html>
42. Guevara E. La preeclampsia, problema de salud pública. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2019;8(2):7–8. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147/151>
43. Rodríguez Y. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino. [Internet]. Universidad San Martín de Porres; 2020. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6089/Rodriguez_C_Y.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Ahumada J, Barrera A, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez E, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. Rev la Fac Med [Internet]. 2020;68(4):556–63. Available from:

- <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.79702>
45. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de embarazo en embarazos preterminos. *Rev Peru Ginecol Obs* [Internet]. 2018;64(3):405–13. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a14v64n3.pdf>
 46. Meller C, Carducci, María, Ceriani J, Otaño L. Ruptura prematura de membranas en el embarazo pretérmino. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2018;116(4):575–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e575>
 47. Cuoto D, Nápoles D, Montes de Oca P. Impact of preterm childbirth in perinatal morbidity and mortality. *Medisan* [Internet]. 2014;18(6):841–7. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445006014.pdf>
 48. Organización Panamericana de la Salud. Salud reproductiva: concepto e importancia. *Ser Paltex para ejecutores Programas Salud No39* [Internet]. 1996;1–123. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173990/1/Salud reproductiva concepto e importancia.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173990/1/Salud%20reproductiva%20concepto%20e%20importancia.pdf)
 49. Gonzalez M, Gonzalez M, Pisano C, Casacale R. El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo?. Un Estudio Transversal Analítico [Internet]. 2019. Available from: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>
 50. Milián I, Cairo V, Silverio M, Benavides ME, Pentón R, Marin Y. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. *Acta Médica del Cent* [Internet]. 2019;13(3):354–66. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec193g.pdf>
 51. Evangelista T. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho. [Internet]. *Renati. Universidad Nacional de Barranca*; 2019. Available from: [https://repositorio.unab.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12935/40/TESIS-THALIA DIANA EVANGELISTA HUANCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unab.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12935/40/TESIS-THALIA%20DIANA%20EVANGELISTA%20HUANCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 52. Urquía M. ¿Es la asociación entre cesárea previa y parto prematuro causal? 2020;610–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16083>
 53. García PJ. Vaginosis bacteriana. *Rev Per Ginecol Obs* [Internet]. 2007;53(3):167–71. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/A05V53N3.pdf

54. Gonzalez L. Mioma uterino gigante y embarazo [Internet]. Rev Obstet Ginecol Venez. 2009. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000200006
55. MINSA. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materna infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021 [Internet]. 2017. p. 64. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
56. Ministerio de Salud de Perú. Resolucion ministerial. Norma tecnica de salud para la atencion integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio [Internet]. Vol. 1, Resolucion ministerial. 2017. p. 1–55. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
57. Barrozo M, Pressiani G. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. [Internet]. Vol. 18, Bdigital. Universidad Nacional de Cuyo; 2018. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1773/EGAGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
58. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia e intercultural [Internet]. Minsiterio de Salud. 2016. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
59. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna [Internet]. 2013. p. 59. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
60. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. Definición de indicadores sociodemográficos [Internet]. INEI. 2017. p. 5. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1753/definiciones.pdf
61. Municipalidad Provincial de San Martín. Reseña histórica [Internet]. Portal transparencia. 2000. Available from: <https://mpsm.gob.pe/portal/comuna/resena-historica>
62. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioeth [Internet]. 2000;6(2):321–34. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
63. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología de la ciencia de la salud [Internet]. Código de Ética y Deontología. 2016. p. 18. Available from: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y->

DEONTOLOGÍA.pdf

64. Ministerio de Salud. Ley general de Salud N° 26842 [Internet]. Vol. 4, Digemid. 2557. p. 88–100. Available from: <https://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/leyn26842.pdf>
65. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. [Internet]. Vol. 1, Mc Graw Hill. 2018. 753 p. Available from: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
66. Federación bioquímica. FABA Informa [Internet]. 2022. Available from: <http://www.faba.org.ar/fabainforma/498/FBA02.htm#:~:text=La anemia incrementa el riesgo,pretérmino se multiplica x 2.>

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

Guía de análisis documental

Ficha N°:

I. Factores de riesgo

Factores	Ítems	Rpta
Socio-demográficos	Edad materna 10 - 15 años 15 - 19 años	() ()
	Estado civil Soltera Casada/ conviviente	() ()
	Grado de instrucción Iletrada letrada	() ()
	Ocupación Ama de casa Trabajadora (Otra)	() ()
	Procedencia Rural Urbana	() ()
	Hábitos nocivos Presente Ausente	() ()
	Obstétricos	Pre-eclampsia/eclampsia Si No
Embarazo múltiple Presente Ausente		() ()
Rotura prematura de membranas > 18 h Presente Ausente		() ()
Polihidramnios Presente Ausente		() ()
Corioamnionitis Presente Ausente		() ()
Intervalo intergenésico corto Presente Ausente		() ()
Paridad Presente Ausente		() ()
Antecedente de aborto		

	Presente Ausente	() ()
	Antecedente de parto pretérmino Presente Ausente	() ()
	Hemorragia del tercer trimestre Presente Ausente	() ()
	Control prenatal Adecuado Inadecuado	() ()
	Cesárea previa Presente Ausente	() ()
Ginecológicos	Vaginosis bacteriana Presente Ausente	() ()
	Mioma uterino Presente Ausente	() ()
Médico	Infección de vías urinarias Presente Ausente	() ()
	Anemia Presente Ausente	() ()
Parto pretérmino	Prematuridad leve (34 – 36 sem.)	()
	Prematuridad moderada (30 – 33 sem.)	()
	Prematuridad extrema (26 – 29 sem.)	()
	Prematuridad muy extrema (22–25 sem)	()

Instrumento de recolección de datos, creado por el mismo autor.

Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II- 2 Tarapoto, 2022

por Percy Tomas Vásquez de La Cruz

Fecha de entrega: 03-oct-2023 10:48a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2183379529

Nombre del archivo: e_riesgo_y_parto_pretermino_en_gestantes_adolescente_2022_3.docx (709.61K)

Total de palabras: 11709

Total de caracteres: 67488

Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II- 2 Tarapoto, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	17%	5%	11%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.unsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	revzoilomarinello.sld.cu Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Nacional de San Martín Trabajo del estudiante	1%

