

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**“Causas de nacimiento pre-término entre madres adolescentes ≤ 17
años. Hospital Regional de Ayacucho, 2009- 2011”**

Tesis Para Optar El Título Profesional De:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Carhuallanqui Medina, Daniel

Peralta Quispe, Mercedes

AYACUCHO, PERÚ

2012

DEDICATORIA

*A Dios por acompañarme y darme la vida todos los días,
permitirme el haber llegado hasta este momento tan
importante de mi formación profesional.*

*A mi hermana Pilar por su apoyo incondicional,
muchas veces poniéndose en el papel de madre.*

*A mi madre por su sabiduría de haberme dado valores y
hábitos, que me permitió salir adelante en los momentos
más difíciles.*

*A mi compañera y amiga Mercedes. Gracias por su
amor incondicional.*

DANIEL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad y desfallecer en el intento.

A Bolga por ser una persona especial quien hizo posible que este momento se haga realidad, a quien aprecio y estimo mucho que fue como una luz que impulso a concluir mi Profesión. Gracias por tu apoyo incondicional.

A mi amada Madre por todo su amor, apoyo y comprensión.

A mi confidente y amigo Daniel, por ser alguien muy especial en mi vida y demostrarme que en todo momento cuento con él. Por acompañarme en este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos. Te Amo.

MERCEDES.

AGRADECIMIENTO

A la Tricentenario Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, mi alma mater que nos acogió y brindó, en sus aulas los conocimientos más profundos para apostar por el desarrollo social del Perú.

A la Facultad de Enfermería y su plana de docente por compartir sus sabias enseñanzas científicas a lo largo de nuestra formación profesional.

A nuestro asesor profesor Fredy Bermudo Medina por sus orientaciones, aportes y sugerencias, en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” por facilitarnos la información necesaria para la ejecución del presente trabajo de investigación.

**“Causas de nacimiento pre-término entre madres adolescentes (<17 años).
Hospital Regional de Ayacucho, 2009- 2011”**

Carhuallanqui Medina, Daniel, Peralta Quispe, Mercedes

RESUMEN

Objetivo: Determinar las causas de nacimientos pre-términos asociación entre las madres adolescente. **Materiales y métodos:** El estudio fue de tipo aplicativo, descriptivo y analítico, con enfoque cuantitativo retrospectivo. El área de estudio fue el Hospital Regional de Ayacucho “Mariscal Miguel Ángel Llerena”, del distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga del departamento de Ayacucho. La muestra estuvo conformada por 981 Historias Clínicas de madres adolescentes ≤ 17 años.

Resultados y conclusiones: Se estudiaron 981 embarazadas ≤ 17 años atendidos, cuya característica fue 30,1% de partos pre-términos correspondieron al año 2009, 33,6% al 2010 y 36,3% al 2011. La frecuencia de partos pre-términos fue 9,9%. El 75,3% fue el grupo de edad 16-17 años, del total de partos pre-término, siendo un factor de riesgo asociado al parto pre-término ($p < 0,05$). Las causas que determinaron nacimientos pre-términos fueron: Edad $\leq$ de 17 años, cesárea, perinato pequeño para la edad gestacional, sin control y control prenatal inadecuado, hipertensión arterial, ruptura prematura de membranas, distocia de la dinámica uterina, del canal del parto y test de APGAR < 7 ($p < 0.05$).

Palabras clave: Adolescentes, embarazo, pre-término, nacimientos.

**"You cause pre-term from birth among adolescent mothers (<17 years).
Hospital Regional of Ayacucho, 2009 - 2011"**

Carhuallanqui Medina, Daniel, Peralta Quispe, Mercedes

ABSTRACT

Objective: To determine the causes of births pre-term association among the mothers adolescent. **Materials and methods:** The study was of type aplicativo, descriptive and analytic, with retrospective quantitative focus. The study area was the Hospital Regional of Ayacucho "Marshal Miguel Ángel Llerena", of the district of Ayacucho, county of Huamanga of the department of Ayacucho. Was the sample conformed by 981 Clinical Histories of adolescent mothers? 17 years. **Results and conclusions:** Were 981 studied pregnant? 17 assisted years whose characteristic was 30,1% of childbirths pre-terms they corresponded a year 2009, 33,6% to the 2010 and 36,3% at the 2011. The frequency of childbirths pre-terms was 9,9%. 75,3% was the age group 16-17 years, of the total of childbirths pre-term, being a factor of risk associated to the childbirth pre-term ($p < 0,05$). The causes that determined births pre-terms were: Age? of 17 years, Caesarean operation, small perinato for the age gestacional, without control and inadequate prenatal control, arterial hypertension, premature rupture of membranes, distocia of the uterine dynamics, of the channel of the childbirth and test of APGAR <7 ($p < 0.05$).

Keywords: Adolescents, pregnancy, pre-term, births

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii-iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	09
CAPITULO I	
REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes referenciales.....	17
2.2 Marco conceptual.....	21
CAPITULO II	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1 Tipo de estudio.....	31
3.2 Área de estudio.....	31
3.3 Población de estudio.....	31
3.4 Muestra.....	32
3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	32
3.6 Recolección y procesamiento de datos.....	22
CAPITULO III	
RESULTADOS.....	42
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES.....	63

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....64

ANEXOS.....69

INTRODUCCIÓN

El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor causal, por el aumento de la morbi-mortalidad materno perinatal que se presenta^{1,2,3}.

La incidencia de gestaciones en estas edades está aumentando en las dos últimas décadas. El aumento de la incidencia de embarazos de las mujeres menores o igual a 17 años en los países desarrollados y no desarrollados es debido a que entre las adolescentes se ha explicado desde la perspectiva de desarrollo biológico^{2,3} el nacimiento pre-término se considera multifactorial se pueden distinguir las condiciones maternas, obstétricas o fetales que llevan al término prematuro del embarazo, independientemente del trabajo de parto espontáneo o idiopático.

Las adolescentes menores o igual a 17 años de edad tienen mayor riesgo y tasa más alta de nacimientos pre-término; por ejemplo, un estudio en Israel demostró que las mujeres entre 16 y 17 años de edad tuvieron 14.3% nacimientos pretérmino.⁴ Los reportes de las primeras cohortes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes reportaron frecuencias similares con 15.6%.⁴ Resulta importante la cifra global de 10.8% en toda la cohorte, ya que es más cercana a la frecuencia de la población general con 7 al 11%,^(5,6) como sucede en las adolescentes

mayores de otras poblaciones⁽⁷⁾ o menor que la reportada en diferentes grupos de adolescentes embarazadas con 14.2% a 21.3%.^(8,3,20) Es relevante mencionar un estudio que incluyó adolescentes con control prenatal adecuado, cuya frecuencia de parto pre-término fue de 4.6%⁽³⁾ y no tuvo diferencias significativas en relación con la frecuencia de adultas jóvenes en el grupo control.

Otros autores demostraron que la ocurrencia de parto pre-término, como otras complicaciones descritas en adolescentes, se relaciona con asistencia y apego al control prenatal en clínicas especializadas.⁹⁻¹⁰ Por lo anterior, se piensa que estamos observando un efecto de las intervenciones médicas vigentes,¹¹ fundamentadas en la experiencia clínica, hallazgos e investigaciones.

Igualmente, el embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer ha sido objeto de curiosidad y preocupación científica^{12,1}, no sólo por su alta frecuencia en los últimos años, sino por las afecciones que son propias para cada edad^{13,14} y la innegable repercusión que la gestación tiene para la familia y la sociedad. Cada vez es más frecuente que por razones sociales. La edad materna es una variable preponderante en el análisis de la epidemiología del parto prematuro^{15,5}.

Algunos estudios sugieren que la mujer adolescente posee mayor riesgo de complicaciones obstétricas¹⁶⁻¹⁷ con una mayor morbi-mortalidad materna y fetal, como consecuencia probablemente de enfermedades crónicas^{18,8} y hábitos psicobiológicos inadecuados.

Múltiples publicaciones^{19,9,20} señalan que en las edades extremas de la vida materna existe riesgo de parto prematuro (PP) o pre-término, definido como el que

ocurre antes de las 37 semanas de gestación, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), conllevando elevación en las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal y post-neonatal. En Latinoamérica, el parto pre-término ha sido ampliamente estudiado, con una incidencia global de 9 % en 11 países²⁰. En términos porcentuales en Venezuela, la primigestación en la mujer adolescente ha pasado de 1,4 %, en el sexenio 1975-1980, aumentó al 2,1 % en el lapso 1986-1990, que representa un incremento significativo, similar al de los países desarrollados²¹.

La causa de la pre-maturez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis útero-placentaria y las lesiones intrauterinos vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobre-distensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre y desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta.

Por tanto, la edad extrema de las embarazadas es un indicador de mortalidad materna altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta.

Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

Es necesario también considerar que, para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo en adolescentes y el parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil¹⁹. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo.

En el Perú²², desde la década de los 90 hasta 2000, la razón de mortalidad materna es de 185 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal es de 23,1 muertes perinatales por 1,000 nacidos vivos: la razón de mortalidad materna coloca al país dentro de aquellos con mayor mortalidad materna en Latinoamérica. A pesar de que a inicios de este siglo se han realizado adecuaciones normativas, se han operado cambios en el modelo de atención de la salud y se han implementado programas para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referida a la barrera económica, embarazos en adolescentes, ambas mortalidades casi no se han modificado, lo cual resulta preocupante y nos plantea el reto de reevaluar y redefinir nuestros enfoques, estrategias e intervenciones

Sin embargo, Existe controversia en cuanto a que la adolescencia sea un factor de riesgo de prematuridad.^{20,10,23} En Venezuela, un estudio descriptivo sobre primigestas no evalúa la asociación entre edad y prematuridad²¹.

De continuar esta situación, y al no plantear cambios en las estrategias de prevención de embarazadas en adolescentes, entonces aumentará la prevalencia de morbi-mortalidad materna y perinatal en este grupo etáreo.

Asimismo, existen pocos trabajos de investigación en nuestro país que expliquen las causas de nacimientos prematuros en este grupo poblacional y la presencia de partos pre-términos.

La situación problemática descrita permitió plantear algunas exigencias inmediatas: determinar el número de embarazos en mujeres adolescentes, partos pre-términos, detectar las causas de nacimientos asociados que mantienen y/o aumentan la prematuridad en embarazadas adolescentes. Los resultados de ésta investigación permite sugerir la implementación de nuevas estrategias preventivo-promocional de las embarazadas en adolescentes. En consecuencia, se propuso una investigación, cuyo objetivo principal fue determinar las causas de nacimientos pre-términos entre las adolescentes. Esta situación motivó la realización del presente estudio titulado “Causas de nacimientos pre-términos entre madres adolescentes (≤ 17 años). Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011”

En las 2 últimas décadas ha aumentado los embarazos en mujeres adolescentes, siendo un factor causal de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, especialmente en mujeres adolescentes²⁴. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron

evitarse en su mayor proporción¹. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos²⁵.

La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, y por ende de nuestra Región, ya que las tasas más altas de muerte materna aumentan con la adolescencia, en las zonas más pobres, deprimidas, de difícil acceso y donde las mujeres no tienen un trato social igualitario con los hombres.

El conocimiento respecto a la magnitud de nacimientos prematuros y embarazos en adolescentes $\leq$ de 17 años y otras causas como: Enfermedades hipertensivas del embarazo, enfermedades crónicas (hipertensión arterial crónica y diabetes gestacional), restricciones del crecimiento intrauterino, nacimiento por cesárea y antecedentes de muerte perinatal con riesgo de la prematuridad permitirá al Ministerio de Salud en sus diferentes niveles de atención, replantear los programas de prevención del riesgo de pre-término en mujeres adolescentes.

La relevancia social se fundamenta en la necesidad de promover la salud materna en adolescentes, tendientes a prevenir la prematuridad, por tanto, la morbilidad y mortalidad materna-perinatal, mediante el control de los factores causales de parto pre-termino.

El problema planteado fue: ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE NACIMIENTOS PRE-TÉRMINO ENTRE LAS MADRES ADOLESCENTES (≤ 17 AÑOS), HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2009-2011?

Los Objetivos propuestos fueron:

General: Determinar las causas de nacimientos pre-términos entre las madres adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho, 2009 - 2011.

Específicos:

- a. Determinar el número de partos en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, durante los años 2009 - 2011.
- b. Precisar el número de partos pre-término de las embarazadas adolescentes (≤ 17 años) atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, durante los años 2009 al 2011.
- c. Determinar que el embarazo en mujeres adolescentes (≤ 17 años) es un factor causal del parto pre-término, entre los años 2009 - 2011.
- d. Identificar las causas de nacimientos pre-términos entre las mujeres adolescentes (≤ 17 años) atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, durante los años 2009 al 2011.

La hipótesis propuesta fue:

Hi: Cuanto mayor es la causa de nacimientos pre-términos entre las madres adolescentes (≤ 17 años) habrá mayor prevalencia de tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.

Ho.- Cuanto menor es la causa de nacimientos pre-términos entre las madres adolescentes (≤ 17 años) habrá menor prevalencia de tasa de morbilidad y

mortalidad materna y perinatal atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.

Las limitaciones que se tuvo durante el desarrollo de investigación fueron: el difícil acceso para obtener los datos de la historia clínica e imprecisiones en las anotaciones encontradas en las mencionadas historias clínicas.

Resultados: Se estudiaron 981 embarazadas ≤ 17 años atendidos, cuya característica fue 30,1% de partos pre-términos correspondieron al año 2009, 33,6% al 2010 y 36,3% al 2011. La frecuencia de partos pre-términos fue 9,9%. El 75,3% fue el grupo de edad 16-17 años, del total de partos pre-término, siendo un factor de riesgo asociado al parto pre-término ($p < 0,05$). Las causas que determinaron nacimientos pre-términos fueron: Edad $\leq$ de 17 años, cesárea, perinato pequeño para la edad gestacional, sin control y control prenatal inadecuado, hipertensión arterial, ruptura prematura de membranas, distocia de la dinámica uterina, del canal del parto y test de APGAR < 7 ($p < 0.05$).

La estructura del presente trabajo de investigación es el siguiente: Introducción, Capítulo I, Revisión de la literatura, Capítulo II, Material y métodos, Capítulo III Resultados y Capítulo V Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y anexos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Oviedo Cruz H, Lira Plascencia J, Ito Nakashimada A, Grosso Espinoza JM.²⁵

Objetivos: describir la frecuencia de nacimientos pre-término y las condiciones maternas, obstétricas o fetales diferentes de los casos espontáneos en una clínica de adolescentes embarazadas. **Pacientes y métodos:** estudio descriptivo dentro de una cohorte de casos consecutivos. Se denominó nacimiento pre-término al ocurrido entre las semanas 20 y 36 de gestación. Se definió como causa aparente a la condición materna, obstétrica o fetal que desencadenara el trabajo de parto de manera directa o que fuera indicación de interrupción del embarazo. Se distinguió al trabajo de parto pre-término espontáneo. **Resultados:** la tasa de prematuridad fue de 10.8% (252/2,326): 0.8% entre las 20 y 27 semanas (19/2,326), 3.3% de 28 a 33 (77/2,326) y 6.7% de 34 a 36 (156/2,326) semanas de gestación. Hubo trabajo de parto espontáneo en 39.3% (99/252) de las pacientes; los principales desencadenantes fueron: rotura prematura de membranas en 18.7% (47/252), pre-eclampsia-eclampsia,

10.3% (26/252); parto gemelar, 10.3% (26/252); restricción del crecimiento intrauterino, 5.6% (14/252) y defectos congénitos en 5.6% (14/252). Se reportaron 34.9% (88/252) condiciones obstétricas, 25.4% (64/252) fetales y sólo una condición materna (0.4%). Se resolvieron por vía vaginal en 40.5% (102/252) y con fórceps en uno de cada cinco casos. **Conclusiones:** las clínicas especializadas con intervenciones basadas en pruebas y orientadas a problemas (adecuadas al contexto clínico de cada paciente) deben estar en constante actualización, ya que puede conseguirse una tasa de prematuridad comparable con la de población sin riesgo, con alta proporción de nacimientos en edad gestacional con mejor pronóstico neonatal.

Osorno Covarrubias L, Rupay Aguirre GE, José Rodríguez Chapuz, Lavadores May AI, Dávila Velázquez J, Echeverría Eguiluz M.²⁶ **Antecedentes:** la prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable de la mayor parte de las muertes de recién nacidos sin malformaciones y de la mitad de las discapacidades neurológicas congénitas. **Objetivo:** conocer la prevalencia de los factores maternos de riesgo y la relación de cada uno de ellos con la prematuridad en la población estudiada. **Material y método:** se estudió una cohorte de recién nacidos vivos en el Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2004, con peso de 500 g o mayor. Se consideraron casos los neonatos prematuros y controles los de 37 semanas de embarazo o más. Se comparó la prevalencia de prematuridad con y sin factores de riesgo. Se calculó la razón de momios y los intervalos de confianza de 95% para cada uno de los antecedentes estudiados, y las fracciones atribuibles en expuestos y poblacional. **Resultados:** la tasa de prematuridad fue de 11.9% (3,018 en

25,355). Entre los factores de riesgo asociados con la prematuridad destacan: madre analfabeta (RM: 1.54; IC 95%, 1.2-1.94), no casada, trabajadora, de edad avanzada (RM: 1.81; IC 95%, 1.56-2.09), con parto prematuro previo (RM: 2.21; IC 95%, 1.54-3.16), embarazo multifetal, morbilidad obstétrica (pre-eclampsia- eclampsia; RM: 7.9; IC 95%, 6.6-9.4), diabetes gestacional (RM: 2.3; IC 95%, 1.75-2.92), infecciones urinarias (RM: 1.8; IC 95%, 1.56-1.96) y vaginales, rotura prematura de membranas, oligohidramnios, polihidramnios (RM: 4.48; IC 95%, 3.04-6.6), placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta (RM: 9.96; IC 95%, 5.62-17.7). Cuarenta y tres por ciento (1,302 de 3,018) de los partos prematuros ocurrió en embarazos con evolución normal. **Conclusión:** la rotura prematura de membranas y la morbilidad materna durante el embarazo fueron los factores de riesgo más importantes de prematuridad.

Sáez Cantero V.²⁷ Se realizó un estudio retrospectivo de caso control con el **objetivo** de conocer los resultados perinatales en las adolescentes atendidas en el Hospital "Clodomira Acosta Ferrales" de Ciudad Habana, del 1ro. De enero de 1999 al 31 de marzo de 2000. **Materiales y Métodos:** el grupo de estudio, 184 adolescentes, se comparó con un grupo control representado por las gestantes de 20 a 24 años (n = 439) atendidas en dicho centro en igual periodo de tiempo. Datos referentes como edad gestacional, modo de parto y peso y Apgar del recién nacido, se recogieron en una encuesta habilitada al efecto y se procesaron utilizando el sistema estadístico computadorizado SPSS. **Resultados** se exponen en gráficos, y los más relevantes fueron la mayor frecuencia del parto instrumentado y recién nacidos asfícticos entre las adolescentes. **Conclusión:** que a pesar de la atención especializada, el embarazo

precoz continúa siendo un factor de riesgo para obtener resultados perinatales desfavorables.

- **Nacional**

Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M.²⁸ Objetivos: identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes, al compararlos con un grupo control. Diseño: Estudio observacional, analítico, tipo caso control en el Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital nacional Sergio E. Bernales, Hospital docente. **Materiales y Métodos:** Adolescentes primigestas. Se dividió a la población en dos grupos homogéneos de 162 participantes cada uno, escogidas aleatoriamente y distribuidas por edad en grupo caso (10 a 19 años) y control (20 a 29 años). **Resultados:** El promedio de edad de las adolescentes fue 17,5 años, 61,2% no tenía secundaria completa, solo 8,6% era estudiante, 83% ama de casa. El 71% de las parejas de las adolescentes era mayor de edad. Las adolescentes tenían menos control prenatal que las adultas 83% frente a 89% aunque con $p > 0,05$. La complicación más frecuente en las adolescentes fue la infección urinaria ($p = 0,00$). Numéricamente, hubo mayor incidencia de anemia, pre-eclampsia, rotura prematura de membranas, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado, infección puerperal y retención de secundinas; pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. La cesárea también fue más frecuente en el grupo control frente al grupo de adolescentes, pero con $p > 0,05$. La condición del recién nacido grande para la edad gestacional fue la complicación, con $p < 0,05$ respecto al grupo control. La prematuridad, los pequeños

para la edad gestacional, peso bajo y el traumatismo obstétrico fue más frecuente en las adolescentes, pero con $p > 0,05$. **Conclusiones:** Solamente la infección urinaria y grande para la edad gestacional fue más frecuente en las adolescentes. La complicación materno-perinatal es un factor muy importante sólo en las adolescentes menores de 16 años. En las adolescentes tardías, parece ser mucho más relevantes y de mayor impacto diversos factores de tipo psicológico y social.

- **Regional y local**

El Hospital Regional de Ayacucho)²⁹ A través de la Oficina de Estadística e Información, reportó las causas de referencia, fueron la emergencia Gineco-obstétrica el trabajo de parto a término con 13% (2400/301), en segundo lugar son los cuadros de Pre-eclampsia con el 11% (2400/262), en tercer lugar es la RPM con un 8% (2400/196) y finalmente en los porcentajes más bajos tenemos trabajo de parto pre-término con un 2% (2400/55). Las muertes maternas, se dieron más en el grupo de edad de 35 a 39 años, seguido de las que se encuentran entre 30 a 35 años. Por lo tanto no existe una investigación sobre causas de nacimientos prematuros en las adolescentes.

2.2 Marco conceptual

Adolescencia.- La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niñas en adultas. Las adolescentes requieren de un largo proceso para llegar a ser autovalentes desde el punto de vista social, por lo que es necesario que este periodo no se vea perturbado

por la aparición de un embarazo, que además de ser extemporáneo, casi siempre es no deseado.

Embarazo en adolescentes.- Se define como gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.¹³ Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea¹⁶. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.^{21,19}

El mayor riesgo en adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.²⁹

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial,

dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. ⁽³⁰⁾

Entre los factores de riesgo de parto prematuro se encuentran: nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación), edad materna menor de 17 o mayor de 35 años, estado civil, actividad laboral materna intensa, paridad, tabaquismo e ingestión de otras drogas, enfermedad materna crónica (asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión), infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana embarazo multifetal, antecedente obstétrico desfavorable (partos prematuros y abortos previos), complicaciones del embarazo (preeclampsia, rotura prematura de membranas, sangrado, oligo o polihidramnios) y factores fetales (malformaciones e infecciones).³¹

Prematuridad.- Es cuando un bebé nace antes de la trigésima séptima semana de gestación³³. Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación³². Se clasifican como:

- Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- Postérmino o posmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación)

Si una mujer tiene el parto antes de 37 semanas, se llama parto prematuro y, con frecuencia, su causa se desconoce. Los embarazos múltiples (gemelos, trillizos, otros) conforman alrededor del 15% de los nacimientos prematuros²¹. Los siguientes eventos y afecciones en la madre pueden contribuir a un parto prematuro: Diabetes, cardiopatía, infección, neuropatía, falta de cuidados prenatales, mala nutrición, pre-eclampsia (desarrollo de hipertensión arterial y presencia de proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo), Drogadicción, edad joven (una madre menor de 18 años), edad avanzada. Una mujer que haya tenido cualquiera de los siguientes problemas está en mayor riesgo de presentar un parto prematuro por:

- Ruptura prematura de membranas o placenta previa
- Parto prematuro previo
- Problemas con el útero o el cuello uterino
- Un nivel alto e inexplicable de alfa-fetoproteína durante el segundo trimestre del embarazo
- Enfermedades o infecciones no tratadas (como infección urinaria o infección de las membranas amnióticas).
- Desprendimiento de placenta normoinsera.

Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la **pre-maturez y el bajo peso de nacimiento**³². Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o peso con mortalidad. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un

30 a 60% de las muertes neonatales es causado por los niños de menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la pre-maturez.

Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros.

En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de **hospitalizaciones prolongadas** y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con **secuelas neurológicas** y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Considerando el impacto que esto tiene en la morbilidad y mortalidad de la infancia, este debe ser reconocido como un **problema de Salud Pública de primera magnitud**, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento.

La intervención sobre ellos escapa muchas veces a la acción médica directa. Hay otros factores que si son responsabilidad directa de la atención médica.²⁹

- **Control prenatal.** Este debe cubrir a todas las embarazadas. Esta es una medida fundamental para la prevención de la pre-maturez. Permite identificar oportunamente los factores de riesgo, intervenir anticipadamente y derivar consecuentemente los casos calificados a centros de nivel secundario y terciario.

- **Regionalización del Cuidado Perinatal.** La atención perinatal en la mayor parte de los casos, se tiene a la supervisión de una situación fisiológica como es el embarazo y el nacimiento. Sin embargo hay un porcentaje que requiere de **alta complejidad** en su cuidado pre y post natal. Esto es lo que justifica diversos niveles de atención en cada uno de los cuales debe existir el equipamiento y el personal capacitado correspondiente. La regionalización del cuidado perinatal se basa en una red de centros de atención primaria y secundaria conectados con un centro terciario de alta complejidad, que atiende una determinada región de un país. Esta organización permite darle la mayor seguridad a la madre y al recién nacido con una eficiente inversión de costo beneficio³³. Se evita que se desarrollen centros de alta complejidad con pequeño número de pacientes que son de alto costo y en los cuales es difícil mantener la capacitación del personal. Una buena regionalización sirve además de base para la formación de médicos y enfermeras y para la realización de trabajos de investigación. Para que ella funcione, es necesario que las autoridades de salud acrediten los centros de atención precisando los requisitos en planta física personal y equipamiento que debe tener cada nivel de atención y los criterios para una **derivación oportuna**. No es aceptable que hoy día un prematuro, especialmente si es de muy bajo peso, nazca en un lugar sin cuidado intensivo neonatal. El traslado oportuno de la madre es mucho más fácil y seguro que el traslado de un prematuro después del nacimiento³⁵: **"no hay mejor incubadora de transporte que el útero materno"**.

- **Evaluación perinatal, integración obstétrico neonatal^{35,36}** indispensable considerar la continuidad del proceso del embarazo con el nacimiento. En los casos en que se presentan problemas complejos como es la eventualidad de un parto prematuro o la necesidad de decidir la interrupción de un embarazo debido a que las condiciones del feto en el útero, comienzan a ser más peligrosas que el nacer prematuramente, es necesario que sean conocidas y discutidas por obstetras y neonatólogos. En el caso de un parto prematuro, permite al equipo de atención neonatal prepararse anticipadamente para recibir al niño, conociendo las patologías concomitantes que puedan existir. Cuando se trata de decidir la interrupción del embarazo, se requiere conocer cuáles son las expectativas de vida que tienen los prematuros en la Unidad donde va a nacer y evaluar conjuntamente con los obstetras si éstas son mejores que el riesgo que está teniendo dentro del útero.
- **Corticoides prenatales:** Este debe ser considerado un hito en la prevención de uno de los mayores problemas de la pre-maturez.
- **Cesárea o parto vaginal³⁶** de resolución del parto es motivo de controversia en cuanto a cuál es aquella forma que tiene menos riesgos para el niño prematuro. Algunos estudios comunican menor incidencia de hipoxia, trauma y hemorragia intracraneana en los niños de bajo peso cuando éstos nacen por cesárea. Sin embargo, estudios posteriores no han demostrado que la operación cesárea de rutina proporcione ventajas para el prematuro. No existen estudios prospectivos con resultados concluyentes.

Es importante que cada centro evalúe su propia experiencia. Como recomendación general, se considera conveniente ofrecer un parto vaginal cuando el trabajo se inició espontáneamente, la presentación es cefálica de vértice y las condiciones maternas y fetales son normales, siempre que se trate de un feto único. Esto exige un especial control del desarrollo del trabajo de parto.

La Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo llevada a cabo en la Ciudad del Cabo, Sur Africa en 2009 y convocada por OMS, lanzó la iniciativa mundial por una maternidad segura, acontecimiento importante en favor de los derechos de la mujer³⁷. La iniciativa planteó como meta reducir las muertes maternas al 50%.

Para el cumplimiento de esta meta se hace necesario implementar entre muchas intervenciones el cumplimiento de los 10 pasos para un Parto Seguro. Estos 10 pasos son:

1. Tener una política sobre Maternidad Segura y ser conocida por el personal.
2. Personal capacitado en estos diez pasos.
3. Atención adecuada a la gestante y recién nacido con calidad y calidez. Promover la lactancia materna inmediata y exclusiva hasta los 6 meses y el alojamiento conjunto.
4. Dar atención prioritaria a las emergencias obstétricas, complicaciones del aborto, shock hemorrágico, shock séptico y eclampsia.
5. Tener Banco de Sangre seguro y funcionando adecuadamente.

6. Disponer de facilidades quirúrgicas, equipo de anestesia y personal capacitado para efectuar cesáreas y atender las emergencias obstétricas.
7. Tener el equipo mínimo necesario para la reanimación del recién nacido, para el cuidado del prematuro o con bajo peso, incluyendo “madre canguro”.
8. Disponer de medio de comunicación y transporte operativos y disponibles para atender las emergencias obstétricas que requieran ser transferidas.
9. Organizar y mantener operativo un Comité de Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.
10. Establecer grupos comunitarios de apoyo para identificar casos de alto riesgo y ejercer la vigilancia comunitaria de la mortalidad materna.

• **Riesgos**

Cuanto mayor es la condición pre-término, menor es la posibilidad del neonato de sobrevivir y en muchos casos se presentarán mayores problemas de salud, por eso se busca retrasar el parto pre-término el mayor tiempo posible y con la intervención adecuada se ayuda al bebé a desarrollar sus pulmones³⁸.

Los bebés que nacen prematuros pueden correr riesgo de sufrir problemas cerebrales, neurológicos, respiratorios y digestivos, retraso en su desarrollo psicomotor y tener problemas de aprendizaje en la niñez, todo ello porque al ser tan inmaduros tienen mayor posibilidad de desarrollar problemas durante su desarrollo.

“Los partos prematuros se resuelven con una cesárea, aunque en algunos casos pueden darse por parto vaginal. El hospital cuenta con un área de maternidad donde

el bebé es atendido en una unidad especializada para tener la atención que requiera según su prematuridad”³⁴.

Por lo general los prematuros al nacer pesan menor a los 2.500 gramos; si está por debajo de los 1.500 gramos son de muy bajo peso lo que aumenta más los riesgos, actualmente estos niños reciben una atención especializada que les permite en un tiempo prudencial recuperarse y vivir.

Causas

En casi el 50% de los partos prematuros no se pueden determinar las causas que originan, pero hay ciertos factores que los pueden provocar y es importante tratar de evitarlos, pues muchos de ellos son prevenibles, de ahí que la mujer embarazada y aún previa a concebir pueda estar educada e informada al respecto³⁹.

Entre las posibles causas de un parto prematuro está el que la mujer tenga antecedentes de partos prematuros previamente y enfermedades maternas como infecciones de las vías urinarias, vaginales no tratadas, padecimientos renales, cardíacos, diabetes, anemias severas y alteraciones tiroideas.

Durante el embarazo se puede presentar complicaciones como pre-eclampsia el cual se manifiesta una hipertensión arterial muy peligrosa no solo para el bebé sino también para la madre; la diabetes gestacional donde el nivel de glucosa se eleva.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudio

El estudio fue de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo. Nivel de investigación retrospectivo de las embarazadas adolescentes $\leq$ de 17 años, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “**Mariscal Miguel Ángel Llerena**” entre el 1ro de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2011, ingresadas a la base de datos del Sistema Informático Perinatal, del Centro de Cómputo del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

3.2 Área de estudio

Hospital Regional de Ayacucho “**Mariscal Miguel Ángel Llerena**”, distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.

3.3 Población de Estudio

Estuvo conformado por todas las embarazadas adolescentes $\leq$ de 17 años que tuvieron partos durante los años 2009 al 2011.

3.4 Muestra

Fue no probabilística intencional constituida por todas las embarazadas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el periodo de 2009 al 2011.

Teniendo en cuenta criterios estadísticos, se decidió establecer un grupo objeto de estudio, conformada por embarazadas adolescentes $\leq$ de 17 años con parto pre-término y embarazadas que tuvieron partos normales que servirá de control o comparación.

- **Criterios inclusión:** Todas las mujeres embarazadas adolescentes $\leq$ de 17 años que tuvieron partos durante los años 2009 al 2011.
- **Criterios de exclusión:** Mujeres embarazadas >18 años que tuvieron parto normales y pre-término.

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

- Análisis documental de las Historias Clínicas Gineco-Obstétricas.
- El instrumento fue lista de cotejo de las historias clínicas Gineco-Obstétricas registradas durante los años 2009 al 2011.

3.6 Tratamiento, Procesamiento, Análisis e Interpretación de Datos

La tabulación de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS y para el análisis e interpretación de los mismos se utilizará técnicas de distribución de frecuencias, promedios y medidas de tendencia central. Si la necesidad amerita se aplicará la prueba de significancia estadística (Ji cuadrado) correspondiente para probar la hipótesis con una confiabilidad de 95% y un error estándar al 05%.

CAPITULO III

RESULTADOS

CUADRO 01: PARTO ATENDIDAS POR AÑOS EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, EN EL PERIODO 2009-2011.

AÑOS	PARTOS ATENDIDOS				Total	
	Pre-término	%	A término	%	N	%
2009	27	9,2	268	90,8	295	100.0 (30,1)
2010	33	10,0	297	90,0	330	100.0 (33,6)
2011	37	10,4	319	89,6	356	100.0 (36,3)
Total	97	9,9	884	90,1	981	100.0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009 al 2011.

Del total de partos atendidos en los tres años, el promedio de partos pre-término fue 9,9%; de los cuales el 10,4% correspondió al año 2011, el 10% al año 2010, el 9,2% al año 2009, respectivamente; y se atendieron 90,1% de partos a término en los 3 años.

CUADRO 02: PARTOS PRE-TÉRMINOS POR AÑOS, SEGÚN EDAD DE LAS ADOLESCENTES ≤ DE 17 AÑOS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2009-20011.

Años	<i>PARTO PRE-TÉRMINO SEGÚN</i>				<i>Total</i>	
	<i>EDAD DE LAS ADOLESCENTES (AÑOS)</i>					
	<16	%	16-17	%	N	%
2009	0	0.0	27	27,8	27	27,8
2010	7	7,2	25	25,8	32	33,0
2011	17	17.5	21	21,7	38	39,2
Total	24	24.7	73	75.3	97	100.0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009 al 2011.

$$X^2=17,493 \qquad \text{gl} = 2 \qquad X^2= 5.991$$

El presente cuadro muestra que, del 100% de partos pre-términos atendidos de mujeres ≤ de 17 años en el Hospital Regional de Ayacucho (HRA), el 75,3% pertenecen a adolescentes entre 16 a 17 años y 24,7% a adolescentes menores de 16 años. De los cuales el 39,2% de partos atendidos corresponden al año 2011, 33% al 2010, y 27,8% al 2009, respectivamente.

Al someter al estadístico χ^2 existe asociación longitudinal significativa ($p<0,05$).

CUADRO 03: VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, EN EL PERIODO 2009-2011.

Vía de Terminación	CULMINACIÓN DEL EMBARAZO				Total	
	Pre-término	%	A término	%	N	%
Cesárea	29	3,0	422	43,0	451	46,0
Vaginal	68	6,9	462	47,1	530	54,0
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009 al 2011.

$$X^2_c = 10,726 \quad gl = 1 \quad X^2_t = 3,811$$

$$P_1 = 0.0643 \quad P_2 = 0,128 \quad RR = 0,502 \quad RAP\% = 2,93\%$$

Del total de partos atendidos en los tres años, el promedio de partos pre-término fue 9,9%; de los cuales el 3% de partos pre-término terminó en cesárea, 6,9% en vaginal; el 43% de embarazo a término culminó en cesárea y 47,1% en vaginal.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal ($p < 0,05$). P_1 significa que las embarazadas ≤ 17 años atendidos en el HRA, tienen una probabilidad de terminar en 64 partos pre-términos en cesárea de cada 1000 partos. P_2 , por el contrario las embarazadas ≤ 17 años tienen la probabilidad de terminar en 128 partos pre-término en vaginal de cada 1000 partos. RR significa que las embarazadas expuestas al factor de riesgo (≤ 17 años) tienen la probabilidad de terminar el parto pre-término en vaginal en 0,502 veces mayor que las embarazadas ≤ 17 años de parto pre-término en cesárea. RAP% indica que 2,93% tienen la probabilidad de terminar el parto pre-término en cesárea asociados al embarazos ≤ 17 años.

CUADRO 04: PARTO PRE-TÉRMINO POR EDAD MATERNA SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2009-2011.

EDAD	CULMINACIÓN DEL EMBARAZO				Total	
	Pre-Término	%	A Término	%	N	%
<16	24	2,5	361	36,8	385	39,2
16-17	73	7,4	523	53,3	596	60,8
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009 al 2011.

$$\begin{array}{ccccccc}
 X^2 = 4,888 & & gl = 1 & & X^2 = 3,811 & & \\
 P_1 = 0,247 & & P_2 = 0,408 & & RR = 0,6 & & RAP\% = 63
 \end{array}$$

En el cuadro se observa, que del total de la población estudiada, el 60,8% fueron adolescentes entre 16-17 años, de los cuales 7,4% fueron atendidos por parto pre-término. El 39,2% fueron adolescentes menores de 16 años, de los cuales el 2,5% fueron atendidos por parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal ($p < 0,05$), P_1 significa que las embarazadas <16 años atendidas en el HRA, tienen una probabilidad de tener 247 partos pre-términos de cada 1000 partos. En cambio P_2 , por el contrario las embarazadas 16-17 años tienen una probabilidad de 408 partos pre-término de cada 1000 partos.

RR significa que las embarazadas expuestas al factor de riesgo (<16 años) tienen la probabilidad de padecer el daño (parto pre-término) en 0,6 veces mayor que las embarazadas mayores de 16-17 años. RA significa que solo 60 de cada mil partos pre-términos en adolescentes se evitarían si se contralaran los efectos de este factor. RAP% indica que 63% tienen la probabilidad media de tener parto pre-término en el Hospital Regional de Ayacucho asociados a embarazos ≤ 17 años. Por lo tanto, si fuera posible controlar el factor de riesgo en todas las embarazadas adolescentes que no lo presentan, el impacto que se podría lograr sería la reducción de la tasa de parto pre-término en 63%.

CUADRO 05: PARTO PRE-TÉRMINO POR EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, EN EL PERIODO 2009-2011.

Edad gestacional del Recién Nacidos (RN)	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Term.	%	A término	%	N	%
Pequeño para la Edad Gestacional (PEG)	40	4,1	361	36,8	401	40,9
Adecuado para la Edad Gestacional (AEG)	57	5,8	523	53,3	580	59,1
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.

$$X^2_c = 6,073 \qquad \qquad \qquad gl = 1 \qquad \qquad \qquad X^2_t = 3,811$$

En el cuadro se observa que del 100% de la población de mujeres $\leq$ de 17 años, atendidas por parto en el HRA; el 40,9% de RN fueron pequeño para la edad gestacional, de los cuales 4,1% fueron de parto pre-término; de la misma forma el 59,1% fue adecuado para la edad gestacional de los cuales el 5,8% nacieron de parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal significativa ($p < 0,05$).

CUADRO 06: CONTROL PRENATAL DE LAS ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, EN EL PERIODO 2009-2011.

CONTROL PRENATAL	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Término	%	A término	%	N	%
Sin control Prenatal	19	1,9	124	12,6	143	14,6
CPN incompleto (<5 controles)	72	7,4	354	36,1	426	43,4
CPN completo ($\geq$ 6 controles)	6	0,6	406	41,4	412	42,0
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009 al 2011.

$$X^2_c = 6,073 \quad gl = 1 \quad X^2_t = 3,811$$

Del total de la muestra estudiada, el 43,4% recibieron menos de 5 controles, de los cuales el 7,4% tuvieron parto pre-término; del mismo modo se observa que 42% recibieron control prenatal completo, de ellas el 0,6% tuvieron parto pre-término; sólo 14,6% no recibieron control prenatal, de ellas 1,9% tuvieron parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal significativa ($p < 0,05$).

CUADRO 07: PRESIÓN ARTERIAL DE LAS ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, EN EL PERIODO 2009-2011.

PRESIÓN ARTERIAL	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Término	%	A término	%	N	%
Hipotensa	14	1,4	124	12,6	138	14,1
Normotensa	71	7,3	354	36,1	425	43,3
Hipertensa	12	1,2	406	41,4	418	42,6
Total	97	9,9	884	90,1	981	100.0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009 al 2011.

$$X^2_c = 88,002 \quad gl = 2 \quad X^2_t = 5,991$$

Del total de la muestra estudiada, el 43,3% de embarazadas presentaron presión arterial normal, de los cuales el 7,3% tuvieron parto pre-término; del mismo modo se observa que 42,6% presentaron hipertensión arterial, de ellas el 1,2% tuvieron parto pre-término; sólo 14,1% presentaron hipotensión, de ellas 1,4% tuvieron parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal altamente significativo ($p < 0,05$).

CUADRO 08: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2009-2011.

RPM	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Término	%	A término	%	N	%
Sí tuvieron	65	6,6	184	18,8	249	25,4
No tuvieron	32	3,3	700	71,3	732	74,6
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009 al 2011.

$$X^2_c = 98,484 \qquad gl = 1 \qquad X^2_t = 3,811$$

Del 100% de la muestra estudiada, el 74,6% no presentaron ruptura prematura de membranas (RPM), de ellas el 3,3% tuvieron parto pre-término; asimismo, el 25,4% presentaron RPM, de los cuales el 6,6% tuvieron parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal altamente significativa ($p < 0,05$).

CUADRO 09: DISTOCIA DE DINÁMICA UTERINA EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, PERIODO 2009-2011..

Distocia de Dinámica Uterina	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Término	%	A término	%	N	%
Presentó	60	6,1	132	13,5	192	19,6
No presentó	37	3,8	752	76,6	789	80,4
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.

$$X^2_c = 119,606 \quad gl = 1 \quad X^2_t = 3,811$$

En el cuadro que antecede, el 80,4% no presentaron distocia de la dinámica uterina, de ellas el 3,8% presentaron parto pre-término; asimismo, el 19,6% presentaron distocia de dinámica uterina, de los cuales el 6,1% tuvieron parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal altamente significativa ($p < 0,05$).

CUADRO 10: DISTOCIA DEL CANAL DE PARTO EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2009-2011.

Distocia del Canal de Parto	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Término	%	A término	%	N	%
Presentó	24	2,5	108	11,0	132	13,5
No presentó	73	7,4	776	79,1	849	86,5
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.

$$X^2_c = 10,533 \qquad gl = 1 \qquad X^2_t = 3,811$$

En el cuadro que antecede, el 86,5% presentaron distocia del canal del parto, de ellas el 7,4% presentaron parto pre-término; asimismo, el 13,5% no presentaron distocia del canal del parto, de las cuales el 2,5% tuvieron parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal altamente significativa ($p < 0,05$).

CUADRO 11: DISTOCIA FETAL EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO PERIODO 2009-2011.

Distocia Fetal	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Término	%	A término	%	N	%
Presentó	25	2,6	189	19,3	214	21,9
No presentó	72	7,3	695	70,8	767	78,1
Total	97	9,9	884	90,1	981	100,0

Fuente: Elaborado en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.

$$X^2_c = 0,988 \quad gl = 1 \quad X^2_t = 3,811$$

En el cuadro que antecede, el 78,1% no presentaron distocia fetal, de las cuales el 7,3% tuvieron parto pre-término; asimismo, el 21,9% presentaron distocia fetal, de ellas el 2,6% presentaron parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 no existe asociación longitudinal ($p > 0,05$).

CUADRO 12: TEST DE APGAR SEGÚN CULMINACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES $\leq$ DE 17 AÑOS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, PERIODO 2009-2011.

Test de APGAR	Culminación del Embarazo				Total	
	Pre-Térn.	%	A término	%	N	%
>7 (normal)	73	7,4	531	54,1	604	61,6
4-6 (Depresión Neonatal)	10	1,0	236	24,1	246	25,1
<4 Asfixia neonatal	14	1,4	117	11,9	131	13,3
Total	97	9,9	884	90,1	100	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2009-2011.

$$X^2_c = 12,727 \quad gl = 2 \quad X^2_t = 5,991$$

Del total de las gestantes estudiadas $\leq$ de 17 años, el 61,6% de RN fueron registrados con test de APGAR normal, de las cuales 7,4% nacieron de parto pre-término; el 25,1% tuvieron depresión neonatal, de las cuales 1% nacieron de parto pre-término; el 13,3% presentaron asfixia neonatal, de ellas 1,4% nacieron de parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 existe asociación longitudinal altamente significativa ($p < 0,05$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El parto pre-término es cuando un peri-nato nace antes de la trigésima séptima semana de gestación²³. Biológicamente, el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración se define que ha nacido prematuramente; por lo tanto, puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación⁴.

Con relación a las causas de nacimiento pre-término, se encontró un promedio de 9,9% de partos pre-términos en los tres años (**Cuadros 01**), y una relación significativa de partos pre-términos y edad $\leq$ de 17 años (**Cuadro 02**). Al respecto, si una mujer tiene el parto antes de 37 semanas, con frecuencia, su causa se desconoce. Los embarazos múltiples (gemelos, trillizos, otros) conforman alrededor del 15% de los nacimientos pre-términos⁸. Los siguientes eventos y afecciones en la madre pueden contribuir a un parto pre-término como: Diabetes, cardiopatía, infección, neuropatía, falta de cuidados prenatales, mala nutrición, pre-eclampsia (desarrollo de hipertensión arterial y presencia de proteína en la orina después de la semana 20 del

embarazo), drogadicción, edad precoz (madre menor de 17 años), edad avanzada y otros.

En el estudio, **Causas de nacimientos pre-término entre madres adolescentes**⁹ realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia, México. Llegaron a la siguiente conclusión: las clínicas especializadas con intervenciones basadas en pruebas y orientadas a problemas (adecuadas al contexto clínico de cada paciente) deben estar en constante actualización, ya que puede conseguirse una tasa de prematuridad comparable con la de población sin riesgo, con alta proporción de nacimientos en edad gestacional con mejor pronóstico neonatal.

Las adolescentes menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo y tasa más alta de nacimientos pre-término; por ejemplo, un estudio en Israel demostró que las mujeres entre 16 y 17 años de edad tuvieron 14.3% nacimientos pretérmino.⁴ Los reportes de las primeras cohortes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes reportaron frecuencias similares con 15.6%. Resulta importante la cifra global de 10.8% en toda la cohorte, ya que es más cercana a la frecuencia de la población general con 7 al 11%,⁵ como sucede en las adolescentes de otras poblaciones o menor que la reportada en diferentes grupos de adolescentes embarazadas con 14.2% a 21.3%.¹⁴

Los resultados encontrados por los autores antes señalados, tienen mucha semejanza con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación. Cuanto menor es la edad de la mujer, la condición de nacimientos serán pre-término, y la posibilidad del neonato de sobrevivir será menor y en muchos casos se presentarán

mayores problemas de salud ($p < 0,05$), por eso se busca retrasar el parto pre-término el mayor tiempo posible y con la intervención adecuada se ayudará al perinato a desarrollar sus pulmones.

Con relación a la culminación del embarazo (**Cuadro 03**). Al respecto, muchos investigadores señala: “Los partos prematuros se resuelven con una cesárea, aunque en algunos casos pueden darse por parto vaginal”²⁶. El Hospital Regional de Ayacucho (HRA) cuenta con un área de neonatología donde el neonato es atendido en una unidad especializada para tener la atención que requiera según su pre-término.

Por lo general los pre-términos al nacer pesan menor de 2.500 gramos; si está por debajo de los 1.500 gramos son de muy bajo peso lo que aumenta más los riesgos de morir, actualmente en el HRA, estos niños reciben una atención especializada que les permite en un tiempo prudencial recuperarse y vivir.

Con respecto a la edad y la culminación del embarazo (**Cuadro 04**). Creemos en el derecho a procrear libremente, pero también creemos en el derecho de la paciente a conocer con claridad que se expone a mayores riesgos tanto maternos como fetales a edades ≤ 17 años. También sostenemos que es una situación diferente el enfrentar los riesgos de un embarazo en esta edad, producto de la espontaneidad de la vida en pareja.

Un bebé pre-termino puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos). Lo normal es que un feto haya almacenado hierro durante el embarazo y lo utilice después de nacer para producir glóbulos rojos. Los bebés que nacen antes de tiempo,

pueden no haber tenido tiempo suficiente como para almacenar el hierro y presentar complicaciones de anemia³¹.

En conclusión, los resultados hallados concuerdan con la bibliografía revisada. Por tanto, las edades $\leq$ de 17 años es un factor de riesgo de parto pre-término y existe la necesidad de priorizar mensajes educativos que deben dirigirse especialmente a las mujeres adolescentes para informar de su futuro desarrollo reproductivo y psicológico, como parte de la estrategia para reducir la prevalencia de partos pre-términos.

Muchas son las investigaciones realizadas con relación a los recién nacidos con bajo peso (**Cuadro 05**) y también otras que se relacionan la edad materna con el producto de la concepción. La mayoría de los autores^{28,30} señalan que tanto las edades precoces (≤ 17 años) como las tardías (mayores de 34 años) representan un factor de riesgo ya que producen afectaciones en el peso del neonato⁴⁰. Por lo que puede verse lo polémico de este aspecto. Si bien es cierto que en el grupo de este estudio, predominó el bajo peso en aquellas mujeres mayores 34 años, tampoco puede plantearse que están en edades muy lejanas del tiempo óptimo para la reproducción.

Al respecto, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO)³⁷ considera clásicamente a la edad precoz durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales. Los trastornos hipertensivos gestacionales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y peso bajo al nacer son ejemplos de factores asociados con la edad precoz²⁷.

Lohmann P. et al³⁰ señala la edad gestacional menor a 27 semanas, los cuidados prenatales, el uso de corticoides prenatales y surfactante son factores modificables que tendrían impacto en la mortalidad del RN. Síndrome de Distrés Respiratorio - membrana hialina, sepsis y hemorragia intraventricular, constituyen las entidades de morbilidad más frecuentes del RN.

Para el grupo NEOCOSUR⁴¹ coinciden en que la edad gestacional constituye un factor protector para mortalidad. En este estudio, el tiempo de vida-al fallecimiento disminuye a menor edad gestacional, siendo crítico en menores de 27semanas.

La edad precoz es un factor de riesgo en el nacimiento de un niño con bajo peso, lo que coincide con nuestros resultados.

Otros autores⁸ señalan que, los bebés nacidos con peso bajo son más proclives que los bebés de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. Anualmente, alrededor de 40.000 RN -la mayoría de los cuales, nacen antes de la semana 34 de gestación- sufren del síndrome de dificultad respiratoria (RDS: Respiratory Distress Syndrome), una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre bebés pre-términos. A estos RN les falta la sustancia surfactante, por eso no consiguen difundir suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono adecuadamente. El uso extendido y reciente de surfactante artificial o de surfactante animal purificado está contribuyendo a salvar a muchos de estos RN.

Algunos recién nacidos con bajo peso poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daño cerebral. Los RN pre-términos son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. Si el problema es grave puede causar daños cerebrales.

Los RN de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la temperatura normal del cuerpo. La baja temperatura del cuerpo puede a su vez causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar crecimiento más lento.

En conclusión, los resultados del presente estudio concuerdan con los estudios señalados en los párrafos anteriores. Por tanto, los recién nacidos con bajo peso (aquellos que pesan menos de 2,5 kg.) tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognoscitivas.

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.

Con respecto al control pre-natal (Cuadro 06), en el estudio de Ahued et al³⁵, las pacientes controladas superaban el 90% entre 1991 y 1999. Asimismo, mostraron que el control prenatal es un factor protector para Riesgo Materno así como para

Hemorragia Intra-ventricular y necesidad de ventilación mecánica. Es relevante mencionar un estudio que incluyó adolescentes con control prenatal adecuado, cuya frecuencia de parto pre-término fue de 4.6% y no tuvo diferencias significativas en relación con la frecuencia de adultas jóvenes en el grupo control. Otros autores demostraron que la ocurrencia de parto Pre-término, como otras complicaciones descritas en adolescentes, se relaciona con asistencia y apego al control prenatal en clínicas especializadas.^{9,10} Por lo anterior, se piensa que estamos observando un efecto de las intervenciones médicas vigentes,¹¹ fundamentadas en la experiencia clínica, hallazgos e investigaciones.

En un estudio realizado por Poo et al³³ sobre muerte fetal tardía, encontraron 86 % de los casos no se realizó CPN y en un 12.4 % solo se realizaron de 1 a 2 controles. Igualmente, en otro estudio se ha encontrado asociación con la no realización de controles prenatales o la realización de controles deficientes, en este estudio se encontró un riesgo de 2.55 veces óbito fetal en las que no se realizaron controles prenatales o se realizaron menos de tres controles.

Hay estudios que sostienen que el cuidado prenatal es un predictor del desenlace gestacional más importante que la edad materna³², pero se enfatiza la necesidad del adecuado control prenatal. No obstante, se considera que aun con un adecuado control prenatal, la edad materna igual o menores de 17 años es un factor de riesgo de prematuridad³⁶.

La frecuencia de los CPN varía según el riesgo que exhibe la embarazada, así los embarazos de alto riesgo, necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número

variará según el tipo de problemas que presenta. Los embarazos de bajo riesgo requieren un número menor de consultas. Las normas fijan como mínimo 6 CPN durante todo el embarazo. Se han puesto en evidencia los estudios realizados en países desarrollados que un adecuado CPN en cantidad y calidad han llevado a una importante disminución de la morbi-mortalidad perinatal y mortalidad materna.⁴²

Los resultados encontrados en el presente estudio mostraron que el control prenatal es inadecuado en un 43,4% y 14,6% no recibieron control prenatal. Por tanto, tienen un impacto importante en la génesis de partos pre-términos; porque los controles prenatales realizados de forma adecuada, precoz, oportuna e integral hubieran reducido considerablemente estos partos ya que se hubiera detectado a tiempo y controlado los factores de riesgo reduciendo el riesgo de parto pre-término. Además, estos contactos con las mujeres y su familia son fundamentales para promover la salud, la educación para padres, para la crianza y establecimiento de un vínculo con los recursos de atención primaria de la comunidad. Junto a esto, la incorporación de las madres en situación de riesgo a programas de nutrición y servicios sociales de los usuarios del Hospital Regional de Huamanga son, entre otras medidas, actividades que debieron integrar el “paquete” del control prenatal.

No es obvio mencionar que el control prenatal provee una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico presentes reciban asesoría y cuidados para controlarlos (Rooney C 1992; Fiscella K 1995; SOGC 1998; Schwarcz R 1999)⁴³. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo

y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento oportuno de mayor morbi-mortalidad materna y perinatal.

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera ³³.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto pre-término, malformaciones congénitas, etc). Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre (ejemplo: antes de las 20 semanas, 28, 34, 36, 38 y 40 semanas), pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma.

En conclusión, encontramos una asociación altamente significativa ($p < 0,05$), entre las pacientes con parto pre-término sin y control prenatal inadecuado, similar a lo

reportado en otros estudios de tipo observacional²⁰. Sin embargo, algunos estudios controlados de intervención han mostrado resultados desalentadores²³; lo cual hace que las intervenciones de control prenatal necesarias para lograr un impacto real permanezcan aún poco claras. En países en desarrollo como el nuestro, el impacto del control prenatal en la prevención del parto pre-término puede ser mayor.²⁴

Es importante que la mujer embarazada reciba el monitoreo y vigilancia clínica, periódica y sistemática del estado grávido, con la finalidad de obtener el mejor estado de salud de la madre y su hijo, el contenido mínimo del control prenatal deberá garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la madre y su incorporación a la sociedad con un niño sano, permitiéndole un mejor ambiente que lo rodea e interactuar con otros niños y adultos, incluyendo su propia familia. Tan sólo esta ventaja permite entender que su desarrollo social será mejor.

En este trabajo se evidencia el 42,6% de las adolescentes (**Cuadro 07**) presentó hipertensión arterial (patología asociada), lo que guarda relación con un estudio realizado por Ahued y col.³⁵ en el año 2000, el cual señala que la edad es un factor predisponente a un embarazo de alto riesgo, siendo el riesgo mayor a menor edad. Por otra parte entre las patologías médicas asociadas al embarazo que se encontraron con mayor frecuencia fueron: hipertensión arterial, infecciones, nefropatías y diabetes.

En el embarazo del adolescente, además se consideran las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de éste, tales como: patologías hipertensivas, rotura prematura de membranas, etc.⁴⁶

Los hallazgos permiten concluir que el parto pre-término es una complicación asociada con la hipertensión arterial en las embarazadas adolescentes ($p < 0,05$), lo que puede deberse a que en las poblaciones rurales y urbanas marginales, que generalmente llegan por emergencia o son transferidos de los establecimiento de salud de atención primaria signifique para las embarazadas adolescentes como el producto de la unión a un cónyuge y la maternidad y se convierten en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son realmente difíciles siendo probable que ésta represente una mejor condición individual y para los padres un compromiso menos.¹⁰

En relación a la ruptura prematura de membranas (RPM) el 25,4% presentaron esta complicación (**Cuadro 08**). La RPM se define cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto inclusive 1 hora antes. Al respecto, señalan que oscila alrededor del 10 %, aumentando la morbi-mortalidad a expensas de la infección cuya gravedad se encuentra estrechamente vinculada con la duración del periodo de latencia de dilatación, con mayor riesgo de prolapso de cordón o partes fetales, tienen un índice de mortalidad fetal del 15% antes de las 26 semanas ¹⁶.

La ruptura prematura de membranas²⁷ es aún importante evento que desencadena situaciones con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Su diagnóstico todavía fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado

valoraciones ultrasonográfico que necesitan más investigaciones para probar completamente su eficacia. Su frecuencia varía de 1,6 y el 21 de todos los nacimientos. Vázquez et al³⁸. En su estudio encontró 17,2 de frecuencia de RPM. Concluye señalando que la gestación en las mujeres con edad igual o menor de 17 años debe ser considerada como de riesgo alto, porque encontramos una elevada incidencia de fetos macrosómicos y pequeños para la edad gestacional, recién nacidos de bajo peso, hipertensión arterial, RPM, parto pre-término y otros.

La rotura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corio-amniótica antes el inicio del trabajo de parto. La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pre-término^{39,44}. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos pre-términos.

Si la mujer gestante ha tenido anteriormente una infección de orina²⁸, se evalúa una muestra de su orina al inicio del embarazo. Si se detectan bacterias, se administran antibióticos para prevenir una infección renal, ya que ésta determinó la rotura prematura de las membranas.

Se concluye que los resultados encontrados muestran que las usuarias con mayor incidencia de RPM presentaron parto pre-término o que tienen predisposición de presentar parto pre-término. Por lo tanto, la RPM condiciona al parto pre-término y es un factor de riesgo en la salud de las mujeres ≤ 17 años ($p < 0,05$), registrados en la Historia Clínica Obstétrica del HRA.

Con relación a la distocia de la dinámica uterina (**Cuadro 09**), Poo A et al ³³ señala que el excesivo número de embarazos ha sido reconocido como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, debido a que a partir de la quinta gestación, se observa incremento en las tasas de morbilidad correspondiente. Dicho aumento se debe a una mayor prevalencia de distocias de contracción que conducen a la aparición de trabajos de partos prolongados y rupturas uterinas, hemorragias antes y post parto debido a una mayor frecuencia de inserciones anormales de la placenta e hipotonía post parto. Adicionalmente, es frecuente la aparición de enfermedades crónicas-degenerativas como la diabetes mellitus, condicionada probablemente por el efecto diabetógeno de múltiples embarazos.

La presencia de contracciones uterinas ha sido descrita como un factor de riesgo potencialmente importante en partos pre-términos. Vázquez et al³⁸ evaluó la actividad uterina en 2500 mujeres (se excluyeron aquéllas con sangrado vaginal, RPM, pre-término, gestación múltiple e hidramnios) que habían tenido partos de pre-término, de término y de post término. Los autores mencionados demostraron un aumento en la actividad uterina que comenzaba a las 6 semanas antes del parto, independientemente de la edad gestacional en el momento del nacimiento. Ocurría un aumento paulatino en la frecuencia de las contracciones uterinas dentro de las 72 horas del parto en los tres grupos. Lamentablemente, estas pacientes dependían de la tocodinamometría para determinar este aumento en la frecuencia. A pesar de haber sido instruidas para autores conocer las contracciones, ellas sólo pudieron identificar el 15 % de las detectadas por tocodinamometría. Copper y colaboradores⁴² evaluaron el uso de la tocodinamometría y el examen del cuello a las 28 semanas en 589

primíparas, para identificar a las pacientes con riesgo de parto pre-término. Los investigadores notaron que la presencia de una consistencia cervical blanda o mediana fue el mejor predictor para el parto pre-término espontáneo. En este estudio, el riesgo de parto de pre-término espontáneo, aumentaba de 4.2% para aquellas mujeres sin contracciones a 18.2% para aquellas que tenían cuatro o más contracciones en 30 minutos. Un estudio reciente de la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano³⁸ también encontró una asociación entre la presencia de contracciones y parto pre-término.

Otros programas dirigidos a disminuir la incidencia de parto pre-término se han focalizado en el tamizaje para la detección de contracciones uterinas prematuras y cambios cervicales antes del inicio del verdadero trabajo de parto. Estos programas incluyen: 1) educación de las pacientes para reconocer las contracciones prematuras, 2) la vigilancia continua por el profesional, de los cambios cervicales, y 3) el monitoreo domiciliario de la actividad uterina. Los programas educativos generalmente entrenan a las mujeres para reconocer los síntomas del trabajo de parto pre-término, como ser las contracciones uterinas, la presión pélvica y la pérdida vaginal. Además se han implementado los exámenes vaginales semanales con el fin de detectar cambios cervicales tempranos.

Según los resultados encontrados en nuestro estudio coinciden con los hallazgos por los investigadores señalados en párrafos anteriores. Las mujeres igual o menores de 17 años presentaron distocia de dinámica uterina en 19,6%. Por consiguiente, se concluye que la dinámica uterina, por el hecho de presentarse durante el trabajo de parto pre-término asociado al embarazo en mujeres de edad precoz, es un factor que

ponen en riesgo la salud de la propia mujer, el producto de la concepción y enfrentarse a un parto pre-término aumentando la probabilidad del riesgo de morbilidad y mortalidad materna perinatal ($p < 0,05$).

En relación a la distocia del canal del parto y distocia fetal (**Cuadro 10 y 11**). En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna

Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal.³⁹ Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad.⁷

Los resultados encontrados en nuestro estudio coinciden con los hallazgos por los investigadores anteriormente señalados. Las adolescentes ≤ 17 años presentaron distocia del canal del parto en 13,5%. Por consiguiente, se concluye que el canal del parto, por el hecho de presentarse durante el trabajo de parto pre-término asociado al embarazo en mujeres de edad precoz, es un factor que ponen en riesgo la salud de la

propia mujer, el producto de la concepción y enfrentarse a un parto pre-término aumentando la probabilidad del riesgo de morbilidad y mortalidad materna perinatal ($p<0,05$). En relación a la distocia fetal se encontró 21,6%. Este resultado no tiene relación significativa con el parto pre-término ($p>0,05$).

En cuanto al Test de APGAR (Cuadro 12) encontramos que el mayor número de casos con APGAR bajo correspondió a la gestación a término con 61,6% ($p<0,05$).

Stevens encontró un 35% de embarazos prolongados como causa principal del APGAR bajo ⁴⁵.

En un trabajo publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology ⁴⁷ se analizaron los resultados en una población de niños de 24 semanas de edad gestacional en base a encuestas retrospectivas que evaluaron la actitud del equipo perinatal. Los niños se dividieron en dos grupos. Unos fueron atendidos por grupos perinatales obstétricos que no estaban dispuestos a hacer una cesárea por indicación fetal a las 24 semanas y otros que recibieron atención de grupos perinatales dispuestos a hacer una cesárea a las 24 semanas cuando existía una indicación fetal. La mortalidad neonatal fue muchísimo más alta en el primer grupo, pero el número de sobrevivientes con morbilidad fue mayor en el segundo grupo.

El otro aspecto que quiero mencionar, en cuanto a factores perinatales que influyen en los resultados con estos niños, es el que se refiere a infecciones perinatales. Este es un aspecto que ha tomado mucha importancia y un enfoque distinto durante los últimos años. Hasta hace poco, los neonatólogos se preocupaban del niño que nacía de una madre con corioamnionitis por el mayor riesgo de sepsis. En los últimos años,

este aspecto se ha ampliado y se ha hecho mucho más complejo. Hoy, el riesgo de sepsis es probablemente una preocupación menor para el neonatólogo y ahora prevalece la posibilidad de una serie de otras enfermedades que pueden estar asociadas con la infección prenatal. La primera posibilidad es que la infección materna, muchas veces subclínica, juega un rol en la iniciación del parto prematuro. Una serie de trabajos sugieren que la colonización del líquido amniótico está relacionada con el parto prematuro espontáneo por debajo de las 30 semanas de edad gestacional.

En conclusión, la edad materna ≤ 17 años fue significativa para APGAR bajo al minuto ($p < 0,05$), lo cual concuerda con publicaciones recientes que no muestran diferencias en los resultados perinatales en estas pacientes. Este resultado puede estar explicado por el manejo obstétrico más intervencionista en estas pacientes; en efecto, la tasa de cesárea en este grupo supera el 46% en nuestro estudio. Por otra parte, un APGAR bajo puede llevar al recién nacido a una hipoxia y por ende a una afectación multiorgánica por daño a diversas vísceras como riñón, corazón, pulmón y cerebro que puede llevarlo hasta la muerte. Los RN con un APGAR muy bajo, deben ser reanimados dentro de los primeros tres minutos, para evitar secuelas permanentes por daño debido a la hipoxia. Los métodos actuales de reanimación, controlados mediante el puntaje de APGAR, tienen por objetivo revertir la asfixia, restaurar la función cardiovascular, la volemia y revertir el metabolismo anaeróbico.

Finalmente, podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual

y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 981 Historias Clínicas de las embarazadas ≤ 17 años atendidos en el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Huamanga, de las cuales 97 (100%) fueron partos pre-término; cuya característica fue 30,1% de partos que correspondieron al año 2009, 33,6% al 2010 y 36,3% al 2011, respectivamente.
2. La frecuencia de partos pre-términos atendidos en el Hospital Regional de Huamanga fue un promedio de 9,9% (97), distribuidos: 10,4% para el año 2011, 10% al 2010 y 9,2% al 2009, respectivamente. Se encontró una relación altamente significativa entre la edad precoz de la gestante y parto prematuro ($p < 0,05$).
3. El grupo de edad de mayor frecuencia de partos pre-términos fue 16-17 años con 75,3% del total de partos, siendo un factor de riesgo asociado al parto pre-término durante los años 2009 al 2011. Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y partos pre-términos ($p < 0,05$).
4. Las causas (factores de riesgo) que determinaron nacimientos pre-términos fueron: Edad $\leq$ de 17 años, perinato pequeño para la edad gestacional, sin control y control prenatal inadecuado, hipertensión arterial, ruptura prematura de membranas, distocia de la dinámica uterina, distocia del canal del parto y test de APGAR < 7 . Detectándose asociación estadísticamente significativa entre estos factores de riesgo y el partos pre-términos ($p < 0,05$).
5. Los nacimientos pretérminos determinaron el 46% de partos terminaron en cesárea; detectándose una asociación estadística significativa ($p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. El Hospital Regional de Huamanga debe priorizar mensajes de sensibilización educativa dirigidas especialmente a las mujeres con edades menores de 17 años para informar sobre el futuro desarrollo reproductivo y psicológico, y embarazadas, para el control prenatal estricto; para identificar los factores de riesgo y patologías que pueden provocar el parto pre-término como parte de la estrategia para reducir la prevalencia de partos pre-términos
2. Seguir mejorando la calidad de la realización de los controles prenatales, así como el trabajo para captación de estas pacientes con factores de riesgo; y realización de educación a la población adolescente.
3. Dotar de equipo y material necesario a las unidades de salud tanto a nivel primario como secundario para mejorar la atención del embarazo en adolescentes.
4. Realizar evaluaciones periódicas al personal médico, obstetricia y de enfermería para verificar el cumplimiento de las normas técnicas establecidas por MINSA en el manejo de estas pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Pagés G, Martell A. Obstetricia Moderna. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1999:315-331.
2. Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. En: Williams Obstetricia. 21 ediciones. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2001.p.593-621.
3. Lira PJ, Oviedo HC. Guía del control prenatal en la adolescente. Coordinación para la atención de la paciente adolescente (serial online) 2004 noviembre. Disponible en: URL: <http://servidor.inper.edu.mx/adolescente/tercera/>.
4. Colectivo de autores. Parto prematuro. En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 406-20.
5. Albañez T. 2000. Algunos comentarios al trabajo realizado por un equipo de Investigadores acerca de la Encuesta Nacional de Población y Familia ENPOFAM 1998. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.ops-oms.org.ve/bvs/enpofam98.htm>.
6. Peña-Martí G, Comunián G, Martí-Peña A, Martí-Carvajal A. Asociación entre la calidad del control prenatal y los desenlaces perinatales. *Salus*. 2005;9:38-45.
7. Olivar A. Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Rev Fed Odont Colomb*. 2002;201:37-51.
8. Peraza Roque GJ, Gil Rivas Y, Arce Rojas A, Gil Colla J. Factores de Riesgo en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Intergr*. 2000; 16(1):68=72.
9. Oviedo H, Lira J, Ito Y, Grosso JM. Causas de nacimiento pre-término entre madres adolescentes. *Rev Ginecol Obstet Mex* 2007;75:17-23.
10. Salvador Moysén J. y otros. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Salud Pública Mex* 2000; 42:99-105.)

11. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda edición. Lima: REP SAC; 2007.
12. Tejada Álvarez y otros. "Influencia de algunos factores socioeconómicos y educacionales en la actitud de la primigesta adolescente hacia su embarazo" - Hospital Maternidad de Lima enero-febrero 1993.
13. Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia 1994; 1(2): 70-2.
14. Ortiz R. "Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia". Universidad Autónoma de Bucaramanga. Med UNAB. Vol. 8 No. 2 - Agosto 2005.
15. Mirabal Martínez G y otros. "Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia". Rev Cubana Enfermer v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.
16. Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005;70(5):313-7.
17. Arias G, Torres M, Pérez N, Milán M. 2001. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312001000100002&script=sci_arttext&lng=es
18. Miranda Palacios, R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador-2005. Tesis en obstetricia. UNMSM.
19. Carpintero P, Balerini R, Pinigiani E, Colombo C, Montanari C, Wallach R. Embarazo en adolescentes y añosas: riesgo aumentado? SOGBA. 1997;28:86-90.
20. Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T: Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Rev Sogia 1998; 5(1): 17-28.

21. Morante A, Berroterán O, Saulny de Jorgez J, Zilianti M. Seguimiento ecosonográfico craneal en recién nacidos pretérmino con peso igual o inferior a 1.500 g. Arch Venez Pueril Pediat. 1985;48:25-30.
22. Céspedes.T. y Sánchez, D. Algunos Aspectos sobre el estrés oxidativo, el estado antioxidante y la terapia de Suplementación. Revista Cubana Cardiol. 2000;14(1):55-60.
23. Baeza W. Bernardita y otros. "Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región". REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(2):76-81.
24. Tavera L. Mortalidad Materna en el Perú, Responsabilidad de todos. Ginecología y Obstetricia – Vol. 42 Nro 3 Diciembre 1996. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_42N3/mortalidad.htm.
25. Oviedo Cruz H, Lira Plascencia J, Ito Nakashimada A, Grosso Espinoza JM. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecol Obstet Mex. México, Enero 2007;75:17-23. Disponible en www.revistasmedicasmexicanas.com.mx.
26. Osorno Covarrubias L, Rupay Aguirre GE, José Rodríguez Chapuz, Lavadores May AI, Dávila Velázquez J, Echeverría Eguiluz M. Factores maternos relacionados con prematuridad. Rev Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):526-36. Disponible en www.revistasmedicasmexicanas.com.mx.
27. Sáez Cantero V. Embarazo y Adolescencia. Resultados perinatales. Hospital Gineco-obstétrico "Clodomira Acosta Ferrales" Habana-Cuba. 2001.
28. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Rev per Ginecol/Obstet 2007, 53(1): 28-34.
29. Elisa Barrios de León. Programa de Epidemiología de campo. Área de San Marcos. Ministerio de Salud de Guatemala. Análisis de Mortalidad Materna para el año 2003 – San Marcos 2005. elisabarrios@yahoo.com

30. Lohmann P. et al. Mortalidad en recién nacidos de extremo bajo peso al nacer en la unidad de neonatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre enero 2000 y diciembre 2004. *Rev Med Hered*;2006;17:141-147.
31. Althabe F.,Carroll G., Lede R. El parto pretérmino: Detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev – Panamer Sal Pública*, 1999; 51(6):373-384.
32. Millar E, Keyes H. Factores perinatales que inciden en el parto pretérmino. *Rev Med Panamá* 2001; 43-50.
33. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev SOGIA* 2005; 12:17-24.
34. Dein, EM. Factores de riesgo de parto pretérmino. *Clin Obstetric Ginecol Nortean* 2001;5:501-23.
35. Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. *Cir Ciruj* 2001; 69:300-3.
36. Rigol Ricardo, O. Temas de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de la Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2004 P. 209-21
37. Faneite P. XIX Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Ciudad del Cabo, *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69 (4):277-278. Sur África, 4 al 9 de octubre de 2009
38. Vázquez Márquez A, Guerra Verdecia C, Herrera Vicente V, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez A. Embarazo y adolescencia. Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001; 27(2):158-64.
39. Sánchez J, Escudero F. Riesgo materno y perinatal en gestantes adolescentes y mayores de 35 años. *Ginecol Obstet*. 2000; 46:233-239.

40. Sarmiento Brooks GV, Pagola Leiva J, Oramas Hernández L, González Aguilar AG. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;16(5):502-7.
41. Grupo Colaborativo NEOCOSUR Very low birth weight outcomes in 11 South American. NCIUs. Journal of Perinatology 2002;22:2-7.
42. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Manual de Procedimientos Diagnósticos y Tratamientos en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000 P. 406-20
43. Cunningham FG. Williams Obstetricia. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1998 P. 743-68
44. Mancilla J. Ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. I. Mediadores inflamatorios en la ruptura prematura de las membranas. Gac Med. Mex. 1998; 134(4):423-26.
45. Raguz M. Consultora Manuela Ramos "Foro Embarazo Adolescente: Políticas Públicas con Equidad de Género" – 2006.
46. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000;26(2):99-114.
47. Belitzky R. et al. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: OPS, 1985:221-72. (Publicación Científica; 489).

ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GUÍA DE ANÁLISIS DE HISTORIA CLÍNICA GINECO-OBSTÉTRICA

1. Edad: < 17 años
Sí () No () Edad actualaños
2. Nivel de instrucción alcanzado
Sin estudios () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior incompleto ()
Superior completa () Superior técnico ()
3. Procedencia
Urbano () Urbano-Marginal () Rural ()
4. Paridad
Nulípara () Primípara () Multípara () Gran multípara ()
5. Control prenatal
Sin control () Control Prenatal incompleto () Completo ()
6. Presión arterial
Hipotensa (S > 90 mmHg; D > 50 mmHg) ()
Normotensa (S 90-139 mmHg, D 51-185 mmHg) ()
Hipertensa (AS > 139 mmHg D > 90 mmHg) ()
7. Rotura prematura de membranas
Sí () No ()
8. Parto pre-término
Sí () No ()
9. Distocia de parto
Distocia del canal de parto Sí () No ()
Distocia de dinámica uterina Sí () No ()
Distocia fetal Sí () No ()
10. Test de APGAR

>4 asfíxia neonatal () 4-6 depresión neonatal ()

≥ 7 normal ()

11. Prematuridad según edad gestacional

Prematuridad muy precoz ()

Prematuridad Precoz ()

Prematuridad viable ()

Prematuridad leve ()

12. Pequeño para la edad gestacional

Sí () No ()

13. Macrosomía fetal

Sí () No ()

14. Edad de la mortalidad perinatal

Perinatal I (28 semanas a 7 días post-natal) ()

Perinatal II (20 semanas al 28 días post-natal) ()

Nota importante: La presente guía de análisis sufrirá reestructuración y/o modificación, luego de obtenido la autorización por el HRA y revisadas el registro de datos en las historias clínicas.

