

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

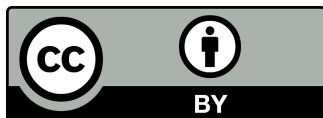
**Factores de riesgo asociados al parto prematuro en
gestantes adolescentes en el Hospital Regional
Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022**

Marycielo Angie Palacios Cardenas
Harold Franco Tapia De la Cruz

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : PAULA MARIA DEL CARMEN GUTIERREZZ
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 13 de Febrero de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022

Autores:

1. Marycielo Angie Palacios Cardenas – EAP. Medicina Humana
2. Harold Franco Tapia De la Cruz – EAP. Medicina Humana

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 14 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- | | | |
|---|--|--|
| • Filtro de exclusión de bibliografía | SI ☒ | NO ☐ |
| • Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº 40 de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): | SI ☒ | NO ☐ |
| • Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante | SI ☐ | NO ☒ |

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestros padres por su apoyo incondicional y a todas las personas que a lo largo de nuestro camino contribuyeron con nuestra formación académica.

Agradecimiento

Queremos agradecer a nuestra asesora, por su orientación y dedicación en el presente trabajo, al igual que al resto de docentes de la facultad por su paciencia y dedicación a nuestra formación académica. Agradecemos a nuestros padres, quienes nos apoyaron y motivaron a superar adversidades.

Índice de contenido

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas.....	ix
Índice de figuras	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
Capítulo I.....	14
Planteamiento del estudio	14
1.1. Delimitación de la investigación.....	14
1.1.1. Delimitación territorial	14
1.1.2. Delimitación temporal.....	14
1.1.3. Delimitación conceptual	14
1.2. Planteamiento del problema.....	14
1.2.1. Descripción del problema	14
1.3. Formulación del problema	15
1.3.1. Problema general.....	15
1.3.2. Problemas específicos	15
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	16
1.5. Justificación de la investigación	16
1.5.1. Justificación teórica	16
1.5.2. Justificación práctica.....	17
Capítulo II	18
Marco teórico.....	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.1.1. Antecedentes internacionales	18
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	21
2.1.3. Antecedentes regionales	23
2.2. Bases teóricas	24
2.2.1. Definición de embarazo adolescente	24

2.2.2.	Etiología del embarazo adolescente	25
2.2.3.	Definición de parto prematuro.....	26
2.2.5.	Etiología del parto prematuro.....	26
2.2.6.	Factores de riesgo para el parto prematuro	26
2.2.7.	Complicaciones de la prematuridad	28
2.2.8.	Medidas generales para el manejo del parto prematuro.....	29
2.3.	Definición de conceptos operacionales.....	29
2.3.1.	Parto pretérmino.....	29
2.3.2.	Corticosteroides:	29
2.3.3.	Apgar.....	30
2.3.4.	Gestación en adolescente.....	30
2.3.5.	Embarazo no deseado.....	30
2.3.6.	Planificación familiar	30
2.3.7.	Depresión posparto	30
Capítulo III		31
Hipótesis y variables		31
3.1.	Hipótesis	31
3.1.1.	Hipótesis general.....	31
3.1.2.	Hipótesis específicas.....	31
3.2.	Identificación de las variables	31
3.2.1.	Variable dependiente	31
3.2.2.	Variable independiente.....	32
3.3.	Operacionalización de variables	33
Capítulo IV		35
Metodología.....		35
4.1.	Métodos, tipo y nivel de investigación.....	35
4.1.1.	Método de la investigación	35
4.1.2.	Tipo de investigación	35
4.1.3.	Alcance de la investigación.....	35
4.2.	Diseño de investigación.....	35
4.3.	Población y muestra.....	36
4.3.1.	Población	36
4.3.2.	Muestra	36
4.4.	Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	37
4.4.1.	Técnicas de recolección de datos	37

4.4.2. Instrumento de recolección de datos.....	37
4.4.3. Técnica de análisis de datos	37
4.5. Consideraciones éticas	37
Capítulo V	38
Resultados y discusión	38
5.1. Presentación de resultados	38
5.1.1. Resultados descriptivos	38
5.1.2. Análisis bivariado.....	45
5.2. Discusión de resultados.....	49
Conclusiones.....	52
Recomendaciones	54
Referencias bibliográficas.....	56
Anexos.....	60

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	33
Tabla 2. Medidas de tendencia central	38
Tabla 3. Características de las gestantes con parto prematuro en HRDMIEC, 2018-2022....	38
Tabla 4. Factores significativos de modelo de regresión binomial	45
Tabla 5. Resultado de pruebas de asociación.....	45
Tabla 6. Resultado de pruebas de correlación.....	47

Índice de figuras

Figura 1. Diseño de la investigación.....	36
Figura 2. Asociación entre grado de instrucción y severidad del prematuro	41
Figura 3. Asociación entre ocupación y severidad del prematuro	41
Figura 4. Asociación entre el IMC de gestantes adolescentes y severidad del prematuro	42
Figura 5. Asociación entre anemia y severidad del prematuro	42
Figura 6. Asociación entre ITU y severidad del prematuro	43
Figura 7. Asociación entre preeclampsia y severidad del prematuro	43
Figura 8. Asociación entre culminación de la gestación y severidad del prematuro	44
Figura 9. Asociación entre cesárea y severidad del prematuro	44

Resumen

Los factores socioeconómicos, nutricionales y obstétricos son esferas de estudio en gestantes adolescentes para la asociación con el riesgo de prematuridad. La importancia de esta investigación es analizar cuáles son aquellos factores asociados con el riesgo de prematuridad de un quinquenio de estudio en el HRDMIEC - Huancayo. Se realizó un estudio observacional, analítico de tipo transversal correlacional, realizado en gestantes adolescentes con recién nacidos prematuros en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022. Se recolectaron datos con la autorización del área de Estadística del hospital en mención, a través de aplicativo SIP2000. En el análisis univariado la edad comprendida es 38.5% (n=16). El IMC rango normal es 79 % (n=162). El 76.1% (n=156) resultaron en ocupación ama de casa. El 85.9 % (n=176) con grado de instrucción secundaria. En el análisis bivariado se demostró asociación entre la presencia de ITU y severidad de la prematuridad; entre la cantidad de controles prenatales y la severidad de la prematuridad. La investigación llegó a la conclusión de que las gestantes con diagnóstico de ITU y con pocos controles prenatales son factor de riesgo para la presencia de prematuridad.

Palabras clave: adolescente, prematuro, preeclampsia, ITU, controles prenatales.

Abstract

Socioeconomic, nutritional, and obstetric factors are areas of study in pregnant adolescents for the association with the risk of prematurity. The importance of this research is to analyze which factors are associated with the risk of prematurity in a five-year study period in the HRDMIEC - Huancayo. An observational, analytical, cross-sectional correlational study was carried out in pregnant adolescents with premature newborns at the El Carmen Regional Maternal and Child Teaching Hospital, 2018-2022. Data were collected with the authorization of the statistics area of the hospital in question, through the SIP2000 application. In the univariate analysis, the age included 38.5% (n=16). BMI normal range 79% (n=162). 76.1% (n=156) were housewives. 85.9% (n=176) with a secondary education degree. In the bivariate analysis, an association was demonstrated between the presence of UTI and the severity of prematurity, between the number of prenatal controls and the severity of prematurity. The research concludes that pregnant women diagnosed with UTI and with few prenatal controls are a risk factor for the presence of prematurity. This research seeks to have an impact on public health by raising awareness among authorities for the formulation of more effective policies, whether.

Keywords: adolescent, premature, preeclampsia, UTI, prenatal controls.

Introducción

Una de las principales problemáticas en salud pública es la gestación en adolescentes, debido a que son susceptibles de enfermedades que comprometen e interfieren en la esfera física y emocional de la progenitora y del engendro. Además, según la bibliografía y reportes de casos, se ha identificado que existen asociaciones con la salud psicológica, debido a que la gestante está involucrada en un ambiente no favorable y en nuestro medio, muchas de ellas carecen de recursos económicos. Estos estudios revelan que la gestantes presentan síntomas de ansiedad, autoestima baja, culpabilidad y desestimación hacia el embarazo, además que padecen de agresión familiar, esto ocasiona que la gestante no asista a sus controles prenatales, que no se alimente adecuadamente y que lleve al desenlace de complicaciones durante la gestación (1).

La prematuridad es otro inconveniente para la salud pública, diversos estudios demuestran que el recién nacido prematuro es susceptible de padecer enfermedades sistémicas y está condicionado a presentar mayores tasas de mortalidad (2), esto debido a la deficiencia en el desarrollo de los sistema cardiaco, gastrointestinal y pulmonar principalmente. Por lo tanto, el presente estudio buscó conocer y precisar los factores de riesgo relacionado con la prematuridad en gestantes adolescentes de un quinquenio de estudio en el HRDMIEC, durante el periodo 2018-2022, debido a la elevada tasa de mortalidad neonatal por la prematuridad y por una alta tasa de embarazo en adolescentes que afecta a su desarrollo social.

La presente investigación buscó tener un impacto en salud pública mediante la concientización a las autoridades para la formulación de políticas más efectivas, ya sea en educación sexual, servicios de salud reproductiva, o programas de apoyo para adolescentes embarazadas, además de la implementación de programas comunitarios más efectivos para la prevención y manejo del embarazo adolescente.

Capítulo I

Planteamiento del estudio

1.1. Delimitación de la investigación

1.1.1. Delimitación territorial

La investigación se realizó en el área de Obstetricia del HRDMIEC en Huancayo – Perú.

1.1.2. Delimitación temporal

La realización de la presente investigación se desarrolló durante el periodo de junio a noviembre del 2024.

1.1.3. Delimitación conceptual

La investigación buscó determinar los factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el HRDMIEC, 2018-2022.

Según la Resolución N°3841-2022-R/U los planteamientos y lineamientos de este estudio pertenecen a la línea de salud pública ya que se busca desarrollar mecanismos de prevención y manejo de la gestación en adolescentes y parto prematuro (3).

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Descripción del problema

La OMS señaló que anualmente existen 15 millones de nacimientos de recién nacidos pretérminos, cantidad que está en ascenso y es uno de los indicadores que repercute en la salud de la persona a futuro (2).

Para el año 2022, en el Perú, se reportaron 32,369 nacimientos menores a 37 semanas, Junín reportó más de 1000 nacimientos prematuros, cifra que ha venido en aumento desde el año 2016 hasta septiembre 2024 llegando a más de 800 nacidos pretérmino (4).

La prematuridad condiciona a enfermedades a largo plazo afectando la función cardiovascular y renal en la edad adulta (5). Según el Instituto Nacional Materno Perinatal, en su boletín epidemiológico, desde la semana 01 hasta 52 del 2023 se registraron 203 casos de muerte neonatal, de las cuales 148 registrados como muerte neonatal precoz y 55 como tardía; cantidad que ha incrementado desde los últimos 03 años (6). De acuerdo con la data de Minsa, el 72 % de las defunciones notificadas en el año 2024 abarcan a recién nacidos prematuros,

siendo de igual manera una cifra que ha venido en aumento desde el año 2011 con un 62 %, las defunciones de prematuros se distribuyeron como prematuros extremos en un 25 %, muy prematuros 21 % y tardíos con 27 %, además el departamento de Junín reportó una alta tasa de mortalidad neonatal tardía en un 33 % (7).

Humberg, en el año 2020, publicó su artículo que lleva por título: «Parto prematuro e inflamación sostenida: consecuencia para el neonato», en el que describió que los prematuros afectados por procesos inflamatorios agudos como sepsis o enterocolitis necrotizante, están predispuestos para una inflamación sostenida, esto aumenta el riesgo de ser hospitalizado por infecciones durante la infancia, a duplicar la probabilidad de presentar deficiencias del cociente intelectual y de la función ejecutiva, así como a un retraso del crecimiento (8).

La gestación en adolescente también conlleva una serie de problemas en la salud pública. Según Endes 2023, las adolescentes entre 12 y 17 años, el 2.6 % estuvieron alguna vez embarazadas, de las que el 1.8 % ya eran madres y 0.8 % eran primigestas, esta conducta reproductiva condiciona al abandono de la madre gestantes y del RN debido a que está dentro del marco general de mujer soltera (9).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018 - 2022?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC 2018-2022?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores nutricionales y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC 2018-2022?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC 2018-2022?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2018 – 2022

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC 2018-2022.
- Determinar cuál es la asociación entre los factores nutricionales y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC 2018-2022.
- Determinar cuál es la asociación entre los factores obstétricos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC 2018-2022.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

La presente investigación se basó en asociar la gestación adolescente y el parto prematuro, por lo que es esencial entender el impacto en el desarrollo psicosocial de la juventud, dado que interfiere en la búsqueda de estos de identidad y autonomía, según lo plantea Erik Erikson (10). Asimismo, el embarazo en esta etapa está asociado con riesgos significativos para la salud física y mental de la madre, así como desafíos socioeconómicos que pueden limitar sus oportunidades educativas y laborales. La bibliografía también revela cómo el embarazo adolescente afecta el desarrollo infantil, aumentando los riesgos que afectan el ámbito de la salud y el bienestar de los hijos. Por ejemplo el parto prematuro y las consecuencias a largo plazo en la vida del niño, ya que el prematuro está condicionado a un estado de inmadurez sistémica y da lugar a patologías que aumentan su admisión y permanencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (11).

A nivel pulmonar, condiciona al desarrollo de enfermedad de membrana hialina (EMH); la inmadurez oftálmica condiciona a la retinopatía del prematuro que ocasiona lesiones en el área visual y a alteraciones de la refracción; a nivel gastrointestinal, el déficit de maduración condiciona al desarrollo de enterocolitis necrotizante, siendo ésta una causa frecuente de shock séptico (12). Además y no muy lejos de nuestra realidad, se afecta el estado emocional de la madre ya que en un estudio de Rodríguez et al., en el año 2020, publicaron un artículo que lleva por título: «Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas», identificaron que de 146 madres de hijos prematuros, 44 % presentaron estrés postraumático crónico, esto asociado a la necesidad de recurrir a la unidad de cuidados intensivos neonatales y a la vulnerabilidad emocional de preocupación sobre el estado de su hijo, los síntomas más importantes identificados resultaron siendo el recuerdo sentimental doloroso e imagenológico (59%), elevado nerviosismo (51%)

y la irritabilidad con ira (48%) y que esto posiblemente se agrava a menor edad gestacional. El embarazo en adolescentes según este artículo contribuye al riesgo de depresión durante la gestación(13). En otro estudio transversal de 153 gestantes adolescentes entre 14 a 18 años en Nairobi, se encontró que el 43,1 % tenían depresión, la mayoría indicó que su embarazo no fue planificado y de las participantes cuyos cónyuges tenían una actitud negativa hacia el embarazo; las que fueron damnificadas por violencia intrafamiliar principalmente por parte de su cónyuge y las que vivieron con alguien bebedor o alcohólico problemático, resultados en puntuaciones más altas de depresión (14).

Es por ello por lo que se hace énfasis en que el parto prematuro aunado a la gestación adolescente acarrea una preocupación en la salud pública por las consecuencias clínicas que conlleva y por las repercusiones familiares y sociales (15). Por lo tanto, al comprender estos factores, se pueden diseñar políticas públicas y programas de prevención más efectivos, basados en datos sobre la efectividad de la educación en la esfera sexual y la accesibilidad a servicios de salud reproductiva. En conjunto, estos trabajos de investigación ayudan a crear estrategias de apoyo que mejoren los resultados para adolescentes y sus familias, y contribuyan a la prevención de embarazos no deseados.

1.5.2. Justificación práctica

Lo que se buscó con esta investigación fue recabar información de un quinquenio de gestantes adolescentes y evaluar su situación, para más adelante, contar con mayores estudios para el correcto control prenatal, identificación y adecuado manejo de enfermedades concomitantes, situaciones vulnerables, controles prenatales, entre otros; además de conocer la valoración del estado nutricional y conocer los riesgos a los que está expuesta la paciente adolescente gestante, además de impulsar al desarrollo de las competencias en salud pública como la prevención primaria mediante talleres de charla informativa en centros de estudios sobre el uso de métodos para evitar la concepción no deseada, sensibilización sobre el embarazo en adolescentes, un seguimiento y atención temprana de adolescentes con factores de riesgo y la asistencia a controles prenatales para así aportar a la reducción de parto pretérmino en población adolescente grávida.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Feldman et al., en el año 2019, publicaron un estudio titulado: «Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: estudio de cohorte en Uruguay» para determinar la existencia de riesgo de complicaciones de tipo obstétrico y perinatales en población gestante adolescente en un hospital de Uruguay. Se estudiaron a pacientes atendidos desde el año 2016 al 2018, se identificaron un total de 114,564 gestantes, de los cuales 21,486 (18.75%) corresponden a nacimientos en adolescentes y 93,078 (81.25%) a nacimientos en embarazadas en edad reproductiva óptima. Se determinó que las gestantes grávidas tienen un mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino (RR 1.32; IC 95%: 0.126-1.38), así mismo también parto instrumentado (RR 1.37; IC 95%: 1.25-1.50), además podemos encontrar parto prematuro (RR 1.18; IC 95%: 1.13-1.23), afectación al recién nacido (RR 1.34; IC 95%: 1.31-1.49), PEG (RR 1.22; IC 95%: 1.14-1.29) y patologías hipertensivas durante el embarazo (RR 1.06; IC 95%: 0.98-1.15). En conclusión, se identificaron asociaciones de los riesgos obstétrico-perinatales en dicha población (16).

Indarti et al., en el año 2020, publicaron su artículo que lleva por título: «Embarazo adolescente: resultado obstétrico y perinatal en un centro terciario en Indonesia», cuyo objetivo principal fue justipreciar los resultados obstétricos y perinatales de la gestación en adolescentes en una población de Indonesia. Con respecto a la metodología, se realizó un estudio retrospectivo en el que se indagó los resultados obstétricos y perinatales de las adolescentes y adultas, se recabaron datos del año 2013 en el Hospital General Nacional Dr. Cripto Mangunkusumo, Jakarta, Indonesia. Los resultados fueron los siguientes: se estudiaron a 1676 gestantes, donde la prevalencia de gestación en adolescentes definidos entre 12 a 19 años, fue una proporción de 11,4 %. Se encontró mayor prevalencia de eclampsia (OR = 4,03; IC del 95%, 1,73-9,39), parto pretérmino (OR = 1,5; IC del 95% 0,88-2,53), anemia durante el trabajo de parto (ORA: 2,42; IC 95%: 1,60-3,67), hemorragia posparto (OR = 2,59; IC del 95% 0,86-7,37) y bajo peso al nacer (OR = 2,28; IC del 95% 1,60-3,25) en las adolescentes identificadas. En conclusión, la gestación en adolescentes se asocia con complicaciones obstétricas a diferencia de las gestantes adultas, es por ello que en este estudio se menciona sobre la importancia de un programa prenatal y preventivo de estos resultados adversos (17).

Afriyie et al., en el año 2021, publicaron una investigación titulada: «Estado nutricional y resultados del nacimiento entre adolescentes embarazadas en la región de Ashanti, Ghana», la finalidad fue precisar la relación entre la situación de nutrición y los resultados del nacimiento entre adolescentes ghanesas embarazadas. Con respecto a la metodología, fue una investigación de cohorte retrospectivo en la que recogieron datos de 416 adolescentes gestantes entre 13 a 19 años. Los resultados indican que un 15,2 % tuvo parto con bajo peso al nacer, el 12,5 % un parto prematuro, 2,2 % presentó muerte fetal y el 11,5 % hemorragia posparto. En conclusión, se identificó que las pacientes más anémicas tenían niños con bajo peso al nacer (BPN) y parto prematuro, asimismo, el BPN fue 5 % más frecuente en los que tenían bajos niveles de vitamina A en suero, más del 80 % tenían ingesta inadecuada de calcio, hierro, vitamina E, A y folato, por último, la identificación de anemia 57,1 % fueron más altos en gestantes adolescentes (18).

Akseer et al., en el año 2022 en África, presentaron una investigación que lleva por título: «Características y resultados del nacimiento de adolescentes embarazadas en comparación con mujeres mayores: un análisis de datos a nivel individual de 140 000 madres de 20 ECA». Fue un estudio de 20 ensayos controlados aleatorios de suplementos de micronutrientes durante el embarazo, se realizó un análisis estratificado por edad y los datos se calcularon mediante modelos de regresión lineal multivariable y log-binomial con intervalos de confianza del 95%. Se identificó que las gestantes adolescentes tenían alta prevalencia de tener niños con BPN, PEG y una mayor defunción del recién nacido, por último junto con los datos de mujeres mayores se presentó la tendencia en forma de “U” para la edad, quiere decir que el pico de estas efectos volvió a aumentar para madres mayores de 40 años, asimismo se identificó que las madres adolescentes tuvieron parto prematuro en un 23 %. En conclusión las gestantes adolescentes tienen mayor desventaja a presentar complicaciones de la gestación, esto debido a la predisposición biológica, estatus económico y cultural con respecto a las gestantes mayores, para la cual enfatizó en medidas preventivas y adecuada atención médica (19).

Shi et al., en el año 2022, emitieron su investigación titulada: «Gravedad de la anemia durante el embarazo y resultados maternos y fetales adversos». El objetivo principal fue investigar la asociación entre los grados de severidad de la anemia durante la etapa de gravidez y la probabilidad de resultados adversos maternos y fetales. En cuanto a la metodología, fue un estudio de cohorte retrospectivo de datos del S.M.C.H. de China desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre del 2019, en embarazadas con la edad comprendida desde 15 años a 49 años en 1508 hospitales y un total de 18 948 443 gestantes. Se identificó que el riesgo de anemia en las mujeres de 15 a 28 años fue mayor, de un total de 3 369 653, el 17,78 % se les diagnosticó con anemia y que en comparación a la ausencia de anemia, guardó relación con la mayor

probabilidad de presentar parto antes de las 37 semanas (leve OR = 1,08; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,07-1,08; moderada OR= 1,18; IC del 95%, 1,17-1,19 y severo OR = 1,36; IC del 95%, 1,32-1,41), desprendimiento de placenta (leve OR = 1,36; IC 95%, 1,34-1,38; moderada OR = 1,98; IC del 95%, 1,93-2,02 y severa OR = 3,35, IC del 95%, 3,17-3,54), hemorragia posparto grave (leve OR 1,45; IC del 95%, 1,43-1,47; moderada OR = 3,35; IC del 95%, 3,47-3,60 y grave 15,65; IC del 95%, 15,10-16,22) y malformaciones fetales (Leve OR= 1,15; IC del 95%, 1,14-1,17; moderado OR = 1,19; IC del 95%, 1,16-1,21 y grave OR = 1,62; IC del 95%, 1,52-1,73), la anemia moderada guardó relación con mayor riesgo de shock materno, hospitalización en UCI, muerte materna, RCIU y presencia de óbitos. En conclusión, la anemia gestacional se asoció a resultados desfavorables maternos y fetales y en cuanto a la gravedad de la anemia, la leve se asoció a mejor supervivencia y crecimiento fetal (20).

Ranjbar et al., en el año 2023, publicaron un estudio titulado: «Embarazo, parto y resultados neonatales asociados al embarazo adolescente», cuyo objetivo principal fue evaluar los resultados neonatales y obstétricos asociados al embarazo en adolescentes en Irán. Con respecto a la metodología, fue un estudio retrospectivo de mujeres que culminaron su gestación en el Hospital Khaleej-e-Fars dentro del intervalo de tiempo desde el 1 de enero del año 2020 al 1 de enero del año 2022. Se realizó el estudio de dos grupos: uno de mujeres de 19 años o menos y otro de 20 a 34 años. Los resultados indican que de 7033 partos, el 7,6 % fueron gestantes de 13 a 19 años de edad, todas estaban casadas, este grupo tuvo niveles de escolaridad más bajos, no hubo diferencias en el acceso a las atenciones prenatales, presentaron un menor riesgo de parto por cesárea (OR = 0,67, IC del 95%: 0,51-0,77) y un menor riesgo de diabetes gestacional (OR = 0,78, IC del 95%: 0,51-0,95), pero tuvieron un riesgo mayor de BPN (OR = 1,47, IC del 95%: 1,01-2,73), RCIU (OR = 1,96, IC del 95%: 1,31-2,45) y líquido meconial (OR = 1,74, IC del 95%: 1,41-2,32). En conclusión, las gestantes adolescentes tuvieron mayor riesgo de parto por cesárea debido al sufrimiento fetal a diferencias de gestantes adultas en las que la indicación de cesárea fue principalmente por mala presentación, cesárea previa y macrosomía, este grupo tuvo mayor tasa de trastorno tiroideo y COVID-19; las gestantes adolescentes no tuvieron malos resultados del embarazo debido al adecuado acceso a la atención prenatal, seguro médico y apoyo familiar (21).

Castillo et al. desarrollaron un estudio en el año 2019 titulado: «Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino» en el que buscan identificar los factores de riesgos maternos preconcepcionales y concepcionales asociados al parto pretérmino. Con respecto al tamaño de la muestra, se identificaron 130 casos y 130 controles de gestantes. Los factores maternos preconcepcionales asociados al parto pretérmino fueron: edad materna adolescente

con un OR=0.495 y un IC del 95 % (0.26–0.94), el nivel económico bajo con un OR=2.134 y un IC del 95% (1.17–3.89), como factor de riesgo. Los factores maternos conceptionales asociados al parto pretérmino (ajustados por la regresión logística binaria): infección urinaria con un OR=3.074 y un IC del 95% (1.73 – 5.47) la vaginosis bacteriana con un OR=7.93 y un IC del 95% (1.76–35.72); ambos como factores de riesgo. Como conclusión muestran que la edad, el nivel económico bajo y las infecciones del tracto urinario son considerados como factor de riesgo para un parto prematuro (22).

Camargo et al., en su estudio realizado el 2022, titulado: «Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes» tuvieron el objetivo de identificar los factores asociados que condicionan complicaciones perinatales en las adolescentes embarazadas. El estudio fue efectuado en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General de la Zona 6, Ciudad Juárez, Chihuahua, entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Se evaluaron las complicaciones perinatales que se clasificaron en: maternas durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio. Y perinatales en el neonato. También se tomaron en cuenta los antecedentes obstétricos (embarazos, partos, cesáreas, abortos y complicaciones). Se utilizó la prueba de χ^2 y en las variables estadísticamente significativas se llevó a cabo regresión logística. De los pacientes que se evaluaron, los cuales fueron 287 expedientes clínicos y se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones perinatales y los embarazos sin control prenatal. El 49.8 % de las adolescentes tuvieron complicaciones perinatales durante el embarazo, 24.4 % en el trabajo de parto y el 0.3% en el puerperio, mientras que el 25.4% no experimentó complicaciones (23).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Colqui et al., en su trabajo de investigación publicado el 2017, titulado: «Factores asociados a complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes: estudio comparativo» tuvo como objetivo determinar los factores que están asociados a las complicaciones en los recién nacidos de madres adolescentes de dos hospitales: uno de la ciudad de Lima y otro de la ciudad de Pasco. El estudio fue realizado en población atendida en el año 2010. Los resultados indican que el mayor porcentaje (55,8%) de recién nacidos de adolescentes atendidas en el H. de Pasco presentaron complicaciones mayores en comparación a los recién nacidos en el H. de Lima (12,6%), de los cuales se destaca como factores asociados la amenaza de parto prematuro, DPP, RPM, embarazo prolongado y trabajo de parto complicado por sufrimiento fetal (24).

Condori presentó un estudio publicado el año 2020 lleva por título: «Embarazo adolescente y sus complicaciones materno-neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano

2019». El objetivo principal fue identificar la asociación entre la gestación en adolescentes y sus complicaciones materno-neonatales. El tipo de estudio fue analítico de cohorte retrospectiva, se identificaron 812 partos de los cuales 248 fueron adolescentes. Además, se logró determinar que el grupo de adolescentes presentaron complicaciones maternas como enfermedad hipertensiva del embarazo (15.73% OR=6.83; IC95%=3.68-12.65), amenaza de aborto (8.7% OR=10.88; IC95%=4.07-29.09) y amenaza de parto pretérmino (24.19% OR=25.39, IC95%=11.41-56.52), además de complicaciones neonatales como prematuridad (24.19% OR=6.10, IC95%=3.78-9.85), Bajo peso al Nacer (14.52%), sepsis neonatal (4.03%, OR=5.88, IC95%=1.82-18.94) y distrés respiratorio (18.15%, OR=4.24, IC95%2.57-6.98). En conclusión, existe asociación entre parto prematuro y gestación adolescente (25).

Murguía et al., en su estudio titulado: «Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima – Perú» publicado el año 2021, tuvieron el objetivo de conocer los factores de riesgo materno en población adolescente que llevan a presentar una predisposición de parto prematuro en población del Hospital 2 de Mayo entre los años 2018 a 2019. El estudio se realizó en 180 gestantes de 10 a 19 años dando como resultado que la edad promedio de la población estudiada fue de 17.49 y que los factores de riesgo con más prevalencia fueron las preeclampsia, anemia e infección del tracto urinario (26).

Paredes, en el año 2021, en Pucallpa, publicó una investigación titulada: «Anemia y complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la Región Ucayali en el periodo 2017-2018». El objetivo principal fue determinar los resultados no deseables maternos y perinatales más frecuentes en madres primigestas adolescentes con anemia. Con respecto a la metodología, fue un estudio cuantitativo, hipotético deductivo, no experimental, retrospectivo, en el que se estudiaron a 194 gestantes. Los resultados indicaron que las gestantes adolescentes tuvieron anemia en una proporción de 19.8 %, el 45,5 % tuvo parto pretérmino, 31,7 % presentó amenaza de aborto, se diagnosticó sepsis en un 9.9% y asfixia en un 25.1 %. En conclusión, sus resultados confirman que la gestante adolescente, en su mayoría presenta parto pretérmino (27).

Del Carpio, en el año 2021, en Huánuco, publicó una investigación que lleva por título: «Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en primigestas, Hospital Regional Hermilio Valdizan, Huánuco, 2019». El objetivo principal fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en primigestas. La metodología empleada fue estudio observacional, retrospectivo y transversal, de tipo descriptivo en la que se estudiaron a 67 pacientes que

cumplieron criterios de inclusión. Se identificó que la incidencia de parto prematuro en primigestas fue 7,8 % y la mujer adolescente representó un 58.7 %, además presentaron las siguientes características, en un 57.1 % tenían nivel educativo secundaria, en un 47.6 % estado civil soltera y 55.6 % provenientes de zona rural, además se identificó que se relacionan con el parto pretérmino. En conclusión, se determinó una asociación estadística positiva entre los factores de riesgo y el parto pretérmino (correlación Pearson 0,181) (28).

Flores et al. en su investigación titulada: «Edad materna como factor de riesgo para complicaciones del embarazo adolescente atendidos en el Hospital de Emergencia Ate Vitarte, Lima 2023», publicada el año 2024, tuvieron como objetivo determinar si la edad materna tiene un rol primordial en las complicaciones que se dan durante la gestación haciendo énfasis en las gestantes adolescentes en el Hospital de Emergencia de Ate Vitarte durante el año 2023. Tuvieron como resultado que con respecto a las complicaciones del primer trimestre de embarazo, se percibió que en el 33,3 % de las embarazadas de menor edad hubo inadecuados controles prenatales obstétricos; el 63,3 % presentaban anemia ferropénica; el 43,3 % presentaron infección del tracto urinario y el 76,7 % de las gestantes adolescentes presentaron mayor riesgo de malnutrición y desnutrición. Asimismo, en complicaciones tardías del embarazo durante la adolescencia, se encontró que el 10 % de las adolescentes embarazadas llegó a presentar amenaza de parto prematuro; otro porcentaje presentó preeclampsia (10%); el 90 % presentaron posición cefálica del bebe y el 10 % posición podálica del bebe; también se muestra que solo un 3,3 % de adolescentes evidenció oligohidramnios y el 6,7 % presentó RPM (29).

2.1.3. Antecedentes regionales

Chavez, en el año 2020, publicaron su estudio titulado: «Determinantes de la salud en adolescentes gestantes, del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca - Junín 2020», tuvieron como objetivo identificar los determinantes de salud en adolescentes gestantes del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca - Junín 2020. Tuvieron como muestra 100 adolescentes, el estudio fue descriptivo de las dimensiones socioeconómicas, estilos de vida y redes sociales y salud. Encontraron que las gestantes adolescentes tuvieron en su mayoría (54%) grado de instrucción secundaria, un ingreso económico de 751 a 1000 soles (51%), material del piso de vivienda con loseta (48%), material del techo noble (45%), con abastecimiento de agua según red pública (37%), eliminación de excretas en baño propio (51%), no fumaron nunca (87%), bebieron ocasionalmente (52%), durmieron 6 a 8 horas (61%), como deporte en su mayoría caminan (57%), tuvieron agresiones no físicas ni con objetos (40%) de estas en su mayoría fueron en el hogar (62%), con respecto a la distancia para atención sanitaria fue regular

(54%), tipo de seguro SIS (78%), tiempo para atención regular (59%), de buena calidad (55%), en su mayoría no recibe apoyo ni familiar ni social (50%) (30).

Carhuamaca et al., en el año 2022, presentaron un estudio titulado: «Complicaciones materno-perinatales relacionada a edades extremas en gestantes de un Hospital Huancayo-Junín». Tuvieron como objetivo conocer y clasificar las complicaciones asociadas a embarazo en población con edades extremas como adolescentes y gestantes con edad avanzada en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen durante el período Julio –diciembre 2019. La población estuvo conformada por 65 pubescentes y 109 gestantes. Resultado de esta investigación, se observa que las complicaciones perinatales más frecuentes fueron bajo peso del RN en las adolescentes (29,2%) y (14,7%) en gestantes de edad materna avanzada. Asimismo, muestran que también patologías como los trastornos hipertensivos, hemorragia durante la gestación y problemas con el canal de parto (31).

Pacheco y Vasquez, en el año 2024, publicaron su estudio titulado: «Embarazo en la adolescencia como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia: Estudio de cohorte retrospectivo en primigestas de un Hospital Materno Infantil de Junín, Perú (2018-2021)». Tuvieron como objetivo analizar el riesgo de desarrollar preeclampsia en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. La población estuvo conformada por 504 gestantes atendidas en el periodo de 2018 a 2021, el grupo de estudio se dividió por adolescentes (10-19 años) y se compararon con las adultas (20-35 años). Tuvieron como resultado que no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las adolescentes y el riesgo de preeclampsia RR 2.45, pero se evidenció que el consumo de tabaco incrementa el riesgo de desarrollar preeclampsia RR 4.79. En conclusión, no se evidenció la asociación entre la gestante adolescente y el desarrollo de preeclampsia (32).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición de embarazo adolescente

Es la concepción de un nuevo ser en una adolescente con la edad comprendida entre los 12 a 17 años 11 meses (34). Este fenómeno puede presentar diversos desafíos tanto para la salud de la madre adolescentes como para su desarrollo social, educativo y económico.

Salud: las adolescentes embarazadas enfrentan mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo y el parto, como preeclampsia, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer (32).

Educación: el embarazo en la adolescencia puede interrumpir o afectar negativamente la educación de la joven, limitando sus oportunidades futuras (10).

Aspectos sociales y económicos: puede llevar a ciclos de pobreza, ya que las adolescentes pueden no estar preparadas económicamente para criar un hijo, lo que a veces resulta en dependencia de la familia o en la necesidad de abandonar los estudios para trabajar (9).

Psicológico: las adolescentes pueden experimentar estrés, depresión o ansiedad debido a la presión de la maternidad a una edad temprana (13).

2.2.2. Etiología del embarazo adolescente

El riesgo de embarazo en la adolescencia es multifacético y puede variar significativamente según el contexto cultural, socioeconómico y geográfico.

- Falta de educación sexual: inadecuada o ausencia de programas de educación sexual en las escuelas o comunidades, lo que lleva a un desconocimiento sobre métodos anticonceptivos y consecuencias del sexo no protegido (34).

- Acceso limitado a anticonceptivos: barreras económicas, culturales o legales que dificultan el acceso a métodos anticonceptivos efectivos para los adolescentes (34).

- Factores socioeconómicos: pobreza, desempleo y bajo nivel de educación puede aumentar la probabilidad de embarazo adolescente, ya que las oportunidades y la planificación futura pueden ser limitadas (34).

- Presiones culturales o sociales: en algunas culturas, el matrimonio o maternidad temprana pueden ser valorados o esperados, lo que puede llevar a la aceptación o incluso la promoción del embarazo en adolescentes (34).

- Abuso sexual o violencia: en muchos casos, el embarazo puede ser el resultado de abuso sexual o violación, especialmente en contextos de familia donde la violencia de género es prevalente (34).

- Desinformación y mitos: creencias erróneas sobre la fertilidad y la anticoncepción, como pensar que no se puede quedar embarazada la primera vez o durante la menstruación (34).

- Autonomía y decisión personal: algunos adolescentes pueden decidir tener un hijo por razones personales, como el deseo de formar una familia o por querer cambiar su situación de vida (34).

- Falta de comunicación con adultos: ausencia de diálogo abierto y efectivo con padres o tutores sobre sexualidad, relaciones y planificación familiar (34).

2.2.3. Definición de parto prematuro

El Minsa define parto pretérmino al nacimiento después de las 22 semanas, pero antes de las 37 semanas de edad gestacional, es decir menor a 259 días (33).

2.2.4. Clasificación de parto prematuro según la edad gestacional (2)

- Extremadamente prematuros: edad gestacional menor a las 28 semanas.
- Muy prematuro: edad gestacional comprendida entre 28-32 semanas.
- Prematuro moderado y tardío: edad gestacional comprendida entre 32 y 37. semanas.

2.2.5. Etiología del parto prematuro

Según el Minsa, es multifactorial como: (33)

- Idiopática, espontánea o sin causa conocida aparente (50%).
- Ruptura Prematura de Membranas (25%).
- Infección urinaria.
- Vaginosis bacteriana.
- Infección intra amniótica, membranas o placenta.
- Isquemia uteroplacentaria.
- Malformaciones fetales.
- Sobre distensión uterina.
- Síndrome antifosfolipídico.
- Incompetencia cervical.
- Traumatismo.
- Cirugía.
- Estrés.

2.2.6. Factores de riesgo para el parto prematuro

- Estado nutricional: agrupación de parámetros que evalúa la presencia de nutrientes en el organismo en relación con las necesidades propias del organismo. Su valor muestra cómo

las necesidades nutricionales así como energéticas de un sujeto son cubiertas por la ingesta de alimentos (35). Las adolescentes, especialmente aquellas con embarazo no planificado o con acceso limitado a servicios nutricionales, pueden tener deficiencias de nutrientes clave como el hierro, el ácido fólico, y el calcio (36). Estas deficiencias están asociadas con un mayor riesgo de anemia, que a su vez se correlaciona con un mayor riesgo de parto prematuro.

- Estado socioeconómico: estado en el que un individuo pertenece o es relativo a ciertos factores sociales y económicos (37). Los embarazos adolescentes son más comunes en comunidades con bajos ingresos, menor acceso a la educación y servicios de salud. La falta de recursos puede en ciertas mujeres adolescentes limitar el acceso a educación sexual, métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, aumentando así la probabilidad de embarazos no planificados y sus consecuencias en salud fetal (38).

- Grado de instrucción: es el nivel de instrucción o educación de un individuo. De esto, se puede decir que es el grado más elevado de estudios realizados o en curso que este sujeto presenta (38). Las adolescentes con más años de escolaridad suelen tener mejor acceso a la educación sexual integral, lo que incluye información sobre métodos anticonceptivos, su uso correcto y la importancia de la planificación familiar (38).

- Controles prenatales: es una actividad de carácter preventivo y promocional que se da mediante la comunicación interpersonal. Está destinada a brindar información y orientación, estableciendo un ambiente de comunicación horizontal que permita a la gestante y su pareja o acompañante fortalecer su confianza sobre el embarazo que lleva, favorecer su continuidad y la atención de su parto en el establecimiento de salud (30). Los controles prenatales regulares pueden ayudar a identificar y gestionar riesgos específicos asociados con el embarazo adolescentes, como la anemia, desnutrición y otras enfermedades, por lo tanto, la deficiencia de los adecuados controles prenatales aumenta su riesgo de prematuridad en adolescentes (29).

- Comorbilidades maternas

- Preeclampsia: trastorno propio de la gestación que se presenta luego de las 20 semanas y caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociado a proteinuria. Si hay ausencia de proteinuria se puede diagnosticar asociándolo con otros signos de falla orgánica (40).

- Eclampsia: complicación grave de la preeclampsia que incluye convulsiones y puede ser potencialmente mortal para la madre y el bebé (40).

- ITU: se define como la presencia de bacterias a nivel del tracto urinario. Los cuales son capaces de producir alteraciones funcionales y morfológicas. Mediante un examen completo de orina, se debe probar la presencia de bacteriuria significativa ($> 100.000\text{UFC/ml}$ de un único uropatógeno recogido por micción espontánea en 2 muestras consecutivas, $> 1.000\text{UFC/ml}$ si se recoge por sondaje vesical, o cualquier cantidad si la muestra se obtiene por punción suprapúbica) (41).

- Anemia: la anemia es la disminución de los valores de hemoglobina. Siendo la forma más frecuente la anemia por deficiencia de hierro, es común durante el embarazo. Durante el embarazo el organismo produce más sangre para apoyar el crecimiento del feto. Como resultado, se necesita más hierro y otros nutrientes (27).

2.2.7. Complicaciones de la prematuridad

- Enfermedad de membrana hialina: es una afección pulmonar manifestado como un cuadro de insuficiencia respiratoria debido a inmadurez e hipoxia pulmonar, además de debilidad en la musculatura respiratoria. El pobre desarrollo de neumocitos tipo 2 y el déficit en la secreción de surfactante (12).

- Hipoxia cerebral: por inmadurez en los vasos de la matriz germinal a causa de una deficiente migración en la zona inicial de las neuronas especializadas y deficiente mielinización de la sustancia gris que lleva a la hemorragia intraventricular junto con el infarto hemorrágico (12).

- Kernicterus: debido a la mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, ya que se facilita el transporte de la bilirrubina indirecta, llegando a depositarse cantidades elevadas a nivel ventricular (12).

- Retinopatía del prematuro: asociado a un pobre desarrollo vascular y al riesgo expuesto de mayor requerimiento de oxígeno, que lleva a presencia de retinopatía del prematuro, causante frecuente de ceguera (12).

- A nivel cardiovascular, es frecuente la presencia de hipotensión y la mayor necesidad de agentes vasoactivos, asimismo la persistencia del ductus arterioso ocasiona una mezcla de sangre venosa y artificial (12).

- La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es un crecimiento anormal, es decir que no ha alcanzado su potencial de crecimiento genéticamente determinado por algún defecto en el útero, factores fetales y maternos (11).

- Muerte neonatal: deceso de un RN vivo con peso mayor o igual a 500 gr, que ocurre en el intervalo comprendido desde el nacimiento hasta el vigésimo octavo día de vida, se identifica como precoz hasta los primeros 7 días y tardío del día 8 al día 28 de vida (6).

2.2.8. Medidas generales para el manejo del parto prematuro

El Minsa recomienda instaurar esquemas de corticoides para una maduración pulmonar fetal como:

- Betametasona: 12 mg IM c/24 horas por dos dosis
- Dexametasona: 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis

Además de un esquema de neuroprotección fetal con sulfato de magnesio indicado hasta las 31 semanas con 6 días e incluso hasta 33 semanas con 6 días de gestación. La dosis habitual que se da en bolo EV de 4 Gr durante un periodo de tiempo de 15 a 30 minutos seguido posteriormente de una infusión de mantenimiento de 1 Gr por hora hasta finalizar la gestación o por 1 día. Un esquema para el uso de tocolíticos con bloqueadores de los canales de calcio como Nifedipino a una dosis inicial de 10 mg VO c/ 20 minutos por 3 ciclos, seguida de 10 mg cada seis a ocho horas hasta por 48 a 72 horas; o el uso de betamiméticos como salbutamol 10 ampollas en 500 ml de dextrosa al 5% en AD. EV o inhibidores de prostaglandinas como la indometacina de 50 a 100 mg VO en dosis de ataque, y con 25 a 50 mg VO cada 6 horas en dosis mantenimiento; otro fármaco que se puede indicar es la aspirina con 4 gr VO (33).

2.3. Definición de conceptos operacionales

2.3.1. Parto pretérmino

Según indica el Minsa, este es el nacimiento que se da después de las 22 semanas, pero antes de las 37 semanas de edad gestacional. O en otras palabras menor a 259 días (33).

2.3.2. Corticosteroides:

Medicamentos administrados a las madres para acelerar la maduración pulmonar del feto en caso de riesgo de parto prematuro, lo que ayuda a reducir el riesgo de síndrome de distrés respiratorio neonatal (33).

2.3.3. Apgar

Es una escala para evaluar rápidamente la salud de un recién nacido inmediatamente después del parto, basándose en aspectos como el color, la frecuencia cardíaca, el reflejo, el tono muscular y la respiración (33).

2.3.4. Gestación en adolescente

Es el proceso de la gestación que se da en una adolescente entre los 12 a 17 años con 11 meses (34).

2.3.5. Embarazo no deseado

Un embarazo que no fue planificado o deseado por la adolescente, lo cual puede influir en el manejo del embarazo y el parto (34).

2.3.6. Planificación familiar

Estrategias para decidir cuántos hijos tener y cuándo, crucial para adolescentes para prevenir embarazos no deseados posteriores (34).

2.3.7. Depresión posparto

Condición de salud mental que puede afectar a adolescentes después de dar a luz marcada por tristeza, ansiedad y dificultades para conectar emocionalmente con el bebé (13).

Capítulo III

Hipótesis y variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H1: Existen factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, 2018-2022.

H0: No existen factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, 2018-2022.

3.1.2. Hipótesis específicas

a) H1: Los factores socioeconómicos representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.

H0: Los factores socioeconómicos no representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.

b) H1: Los factores nutricionales representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.

H0: Los factores nutricionales no representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.

c) H1: Los factores obstétricos representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.

H0: Los factores obstétricos no representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.

3.2. Identificación de las variables

3.2.1. Variable dependiente

Gestante adolescente con parto prematuro

- **Dimensiones**

- Severidad del prematuro
- Características generales

3.2.2. Variable independiente

- Factores socioeconómicos
- Factores nutricionales
- Factores obstétricos

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN		
			INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Variable dependiente: Gestante adolescente con parto prematuro.	Severidad del prematuro	Extremadamente prematuro	Menor a las 28 semanas.	Intervalo	Cuantitativa
		Muy prematuro	Desde las 28 hasta 31 semanas	Intervalo	Cuantitativa
		Prematuro moderado y tardío	Desde las 32 hasta las 36 semanas	Intervalo	Cuantitativa
	Características generales del recién nacido	APGAR al minuto	-0 a 3 -4 a 6 -7 a 10	Intervalo	Cuantitativa
		APGAR a los 5 minutos	-0 a 3 -4 a 6 -7 a 10	Intervalo	Cuantitativa
		Peso al nacer	-<1500 gr 1500 a -2500 gr ->2500 gr	Intervalo	Cuantitativa
		Patología del recién nacido	-Ictericia -Síndrome Distrés	Nominal	Cualitativa

			Respiratorio agudo -Enterocolitis Necrotizante -Sepsis neonatal		
Variable independiente: Factores de riesgo	Factores socioeconómicos	Edad	Años	De razón	Cuantitativa
		Grado de instrucción	-Ninguno -Primaria -Secundaria -Superior universitario -Superior no universitario	Nominal	Cualitativa
		Ocupación	-Ama de casa -Estudiante -Labora	Nominal	Cualitativa
	Factores nutricionales	Peso	kg	De razón	Cuantitativa
		Talla	cm	De razón	Cuantitativa
		Índice de Masa Corporal	kg/cm ²	De razón	Cuantitativa
	Factores obstétricos	Paridad	Número de partos	De razón	Cuantitativa
		Abortos	Número de abortos	De razón	Cuantitativa

Capítulo IV

Metodología

4.1. Métodos, tipo y nivel de investigación

4.1.1. Método de la investigación

En el presente estudio se hizo uso del método científico deductivo, el cual expone el análisis de ideas establecidas en hechos para así poder comprender y expresar ámbitos de la propia realidad. Según Tamayo: “es un procedimiento para descubrir las condiciones que se presentan, sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica” (41).

4.1.2. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básico, según Quezada (44) indica que “su propósito es desarrollar teoría, mediante el descubrimiento de principios. Emplea cuidadosamente el proceso de muestreo, a fin de extender sus hallazgos más allá del grupo”, por ello el presente trabajo buscó brindar información e identificar factores asociados a la prematuridad en población gestante adolescente.

Es de tipo transversal correlacional, debido a que se recolectó la data según la historia clínica.

4.1.3. Alcance de la investigación

El alcance de esta investigación fue correlacional con el análisis de las variables identificadas, ya que, según Hernández R., et. al. “tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (45).

4.2. Diseño de investigación

El diseño de nuestra investigación fue observacional, no experimental y de carácter retrospectivo y transversal.

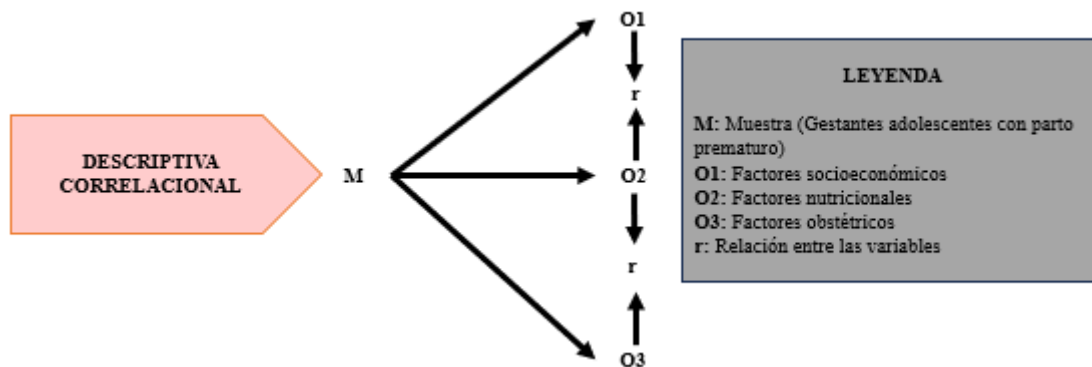


Figura 1. Diseño de la investigación

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población estudiada estuvo conformada por un total de 205 pacientes gestantes adolescentes con parto prematuro atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022, filtradas en primer lugar según el tiempo establecido, luego según la edad materna adolescente (12 a 17 años 11 meses), y por último se filtraron a quienes tuvieron parto prematuro, corroboradas según historia clínica perinatal.

4.3.2. Muestra

En el caso de esta investigación, la muestra fue de 205 gestantes adolescentes, debido a que es una muestra censal no probabilística, este tipo de muestra es cuando la totalidad de individuos a investigar son tomados en cuenta como muestra y por ende se considera a su vez como el universo y población simultáneamente(46). Esto debido al pequeño tamaño de población que se usó en este trabajo de investigación. Información recogida de acuerdo con la base de datos del área de Estadística del H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen.

a) Criterios de inclusión

- Gestantes comprendidas entre la edad de 12 a 17 años 11 meses.
- Gestantes adolescentes que culminaron su gestación desde enero del 2018 hasta diciembre del 2022.

- Gestante con historia clínica materno perinatal.
- Recién nacidos prematuros (edad gestacional corroborada según ecografía).

b) Criterios de exclusión

- Adolescentes grávidas que no dieron a término su gestación (es decir abortos, embarazos ectópicos, mola hidatiforme y muerte intrauterina u óbito fetal).
- Gestantes sin historia clínica obstétrica

4.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos

4.4.1. Técnicas de recolección de datos

Para el procesamiento y análisis de datos se usó la técnica de análisis de información de las historias clínicas materno perinatal mediante el aplicativo SIP 2000 (44), en un documento Excel 2019 previa a autorización del Comité de Ética del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen del Departamento de Gineco-obstetricia, de la oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del hospital en mención, la data electrónica se digitalizó y analizó en el programa IBM SPSS Statistics.

4.4.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado en esta investigación se desarrolló en base a la historia clínica materno perinatal, los datos recolectados fueron en función del aplicativo SIP 2000 y a utilizar fue la ficha de recolección de datos en el documento Excel.

4.4.3. Técnica de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics en el que se realizó el análisis descriptivo de las variables categóricas a través de frecuencias y porcentajes, y las numéricas a través de medidas de tendencia central y de dispersión, además de los análisis bivariados como chi cuadrado y correlación de Pearson.

4.5. Consideraciones éticas

El proyecto de tesis fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen y de la Universidad Continental para su realización. No se elaboró documento de consentimiento informado debido a que la data recabada fue en función de las historias clínicas, mediante el aplicativo estadístico SIP2000, asimismo nos comprometimos con el trato confidencial de la información. El presente proyecto fue autofinanciado.

Capítulo V

Resultados y discusión

5.1. Presentación de resultados

5.1.1. Resultados descriptivos

En cuanto a los resultados descriptivos se observa lo siguiente:

Tabla 2. Medidas de tendencia central

Variables	Media	Desviación estándar
Edad	16.0	1.0
Talla	1.5	0.1
Peso	50.1	6.9
IMC	22.0	2.8
Paridad	0.1	0.2
Abortos	0.1	0.2
Controles prenatales	3.4	2.3
Peso del recién nacido	2338.1	560.5

En la tabla 2 se aprecia que la población manejada de gestantes adolescentes está en un promedio de edad de 16 años, con un IMC 22 (rango dentro de lo normal), un promedio de 3 a 4 controles prenatales, además peso del recién nacido en 2338.1 kg (rango dentro de lo normal).

Tabla 3. Características de las gestantes con parto prematuro en HRDMIEC, 2018-2022

Variables	N	%
Grado de instrucción		
Primaria	22	10.7%
Secundaria	176	85.9%
Superior universitario	5	2.4%
Superior universitario no	2	1.0%
Total	205	100.0%
Ocupación		
Labora	4	2.0%

Estudiante	45	22.0%
Ama de casa	156	76.1%
Total	205	100.0%
IMC Clase		
Bajo peso	11	5.4%
Normal	162	79.0%
Sobrepeso	30	14.6%
Obesidad	2	1.0%
Total	205	100.0%
Patología – Anemia		
No	121	59.0%
Sí	84	41.0%
Total	205	100.0%
Patología - ITU		
No	167	81.5%
Sí	38	18.5%
Total	205	100.0%
Patología – Preeclampsia		
No	184	89.8%
Sí	21	10.2%
Total	205	100.0%
Culminación de la gestación		
CELEC	8	3.9%
CEMEG	93	45.4%
PE	104	50.7%
Total	205	100.0%
Severidad del prematuro		
Extremadamente prematuro	5	2.4%
Muy prematuro	19	9.3%
Prematuro moderado o tardío	181	88.3%
Total	205	100.0%
Apgar min 1		

0 a 3	12	5.9%
4 a 6	24	11.7%
7 a 10	169	82.4%
Total	205	100.0%
Apgar min 5		
0 a 3	2	1.0%
4 a 6	8	3.9%
7 a 10	195	95.1%
Total	205	100.0%
Peso del recién nacido		
<1500	22	10.7%
1500-2500	97	47.3%
>2500	86	42.0%
Total	205	100.0%
Patología del neonato		
Ninguno	162	79.0%
Enterocolitis necrotizante	0	0.0%
SDRA	3	1.5%
Ictericia	24	11.7%
Sepsis neonatal	9	4.4%
Fallecido	7	5.4%
Total	205	100.0%
Motivo de fallecimiento del recién nacido		
Sepsis bacteriana	6	85.7%
SDR	1	14.2%
Total	7	100.0%

En la tabla 3, del total de 205 gestantes, 176 (85.9%) tuvieron grado de instrucción “secundaria completa”, 156 (76.1%) fueron “amas de casa”. Dentro de la variable de patología materna, 84 (41%) gestantes presentaron anemia, ITU 38 (18.5%), preeclampsia 21 (10.2%). Con respecto a la culminación de la gestación 104 gestantes tuvieron parto eutócico (50.7%), las que culminaron en cesárea fueron 101 (49.3%). Referente a la severidad del prematuro, 181 (88.3%) recién nacidos fueron prematuros moderados o tardíos. Los recién nacidos

obtuvieron puntaje de Apgar al minuto entre el rango de 7 a 10 169 (82.4%), Apgar a los 5 minutos en su mayoría entre el rango de 7 a 10 fueron 195 (95.1%). Con respecto a la patología identificada en el recién nacido, 24 (11.7%) presentaron ictericia neonatal, seguido de sepsis neonatal 9 (4.4%) y solo 3 (1.5%) recién nacidos presentaron SDR, fallecieron 7 (3.4%) recién nacidos de los cuales en su mayoría fueron por sepsis bacteriana 6 (857%).

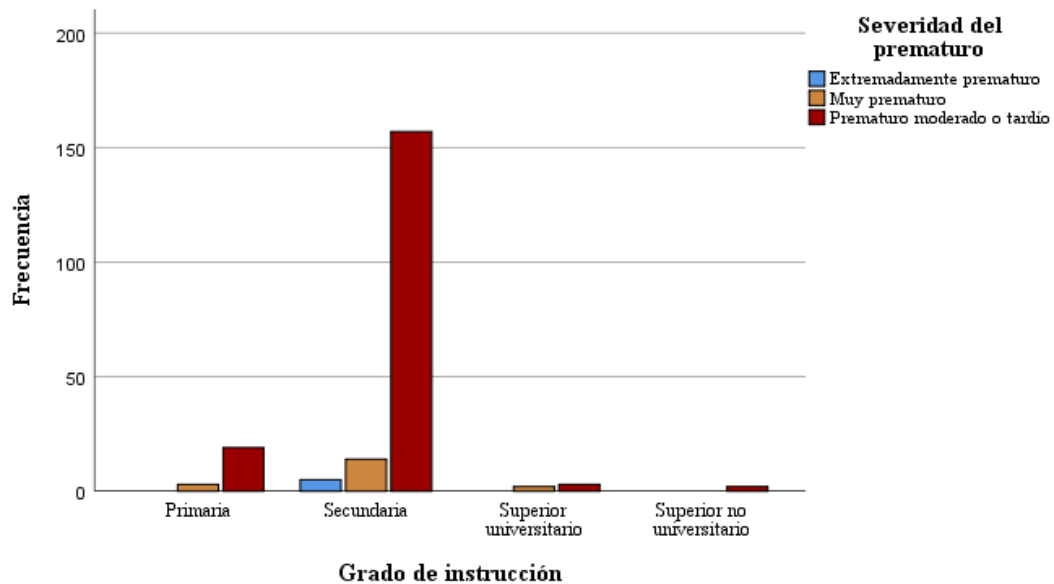


Figura 2. Asociación entre grado de instrucción y severidad del prematuro

En la figura 2 se aprecia que más de 150 gestantes de la totalidad de la población cuentan con grado de instrucción “secundaria completa”. Y así mismo también estuvieron asociadas a una prematuridad moderada o tardía

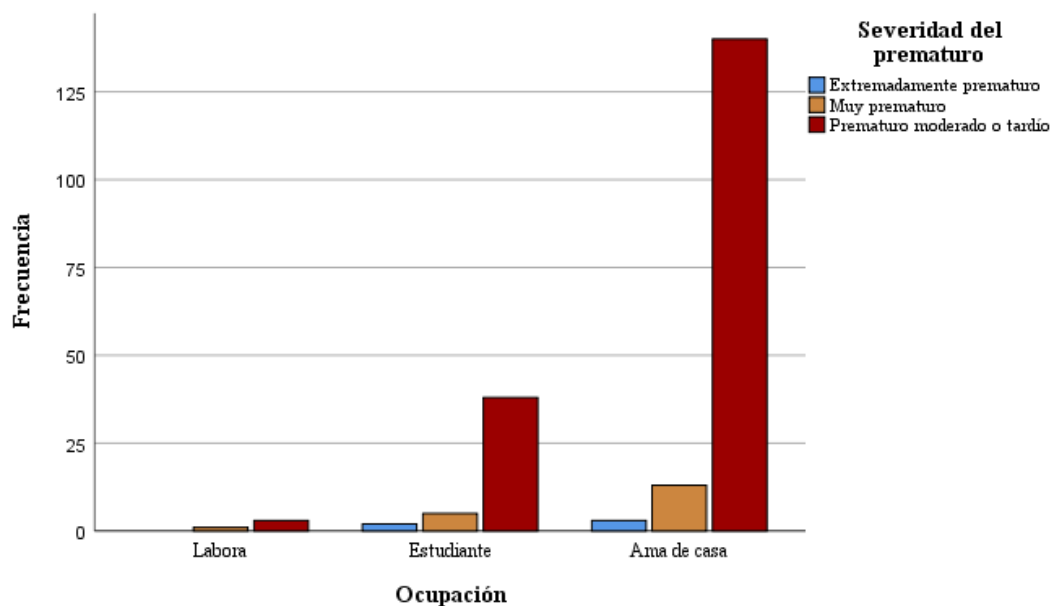


Figura 3. Asociación entre ocupación y severidad del prematuro

En la figura 3 se aprecia que más de 125 gestantes de la totalidad de la población son “amas de casa”. Asimismo, también estuvieron asociadas a una prematuridad moderada o tardía. De igual forma, se aprecia que la mayoría de las gestantes que siguen estudiando también se asocian a este tipo de prematuridad tardía.

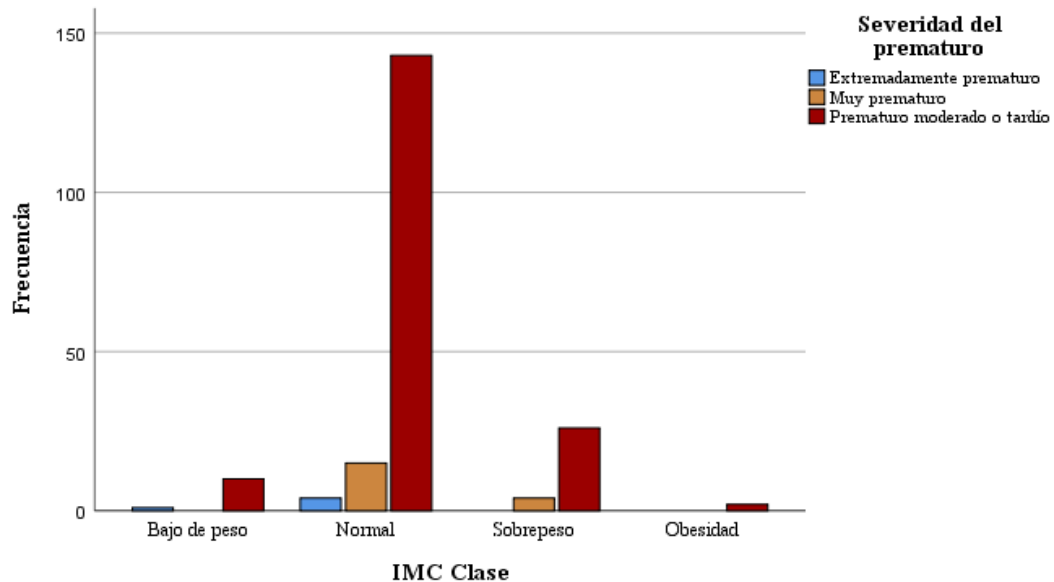


Figura 4. Asociación entre el IMC de gestantes adolescentes y severidad del prematuro

En la figura 4 se aprecia que más de 100 gestantes de la totalidad de la población tienen un IMC en rango “Normal”. Asimismo, también estuvieron asociadas a una prematuridad moderada o tardía. De igual forma se aprecia que la mayoría de las gestantes con IMC de “Sobrepeso” y “Obesidad” también se asocian a este tipo de prematuridad tardía.

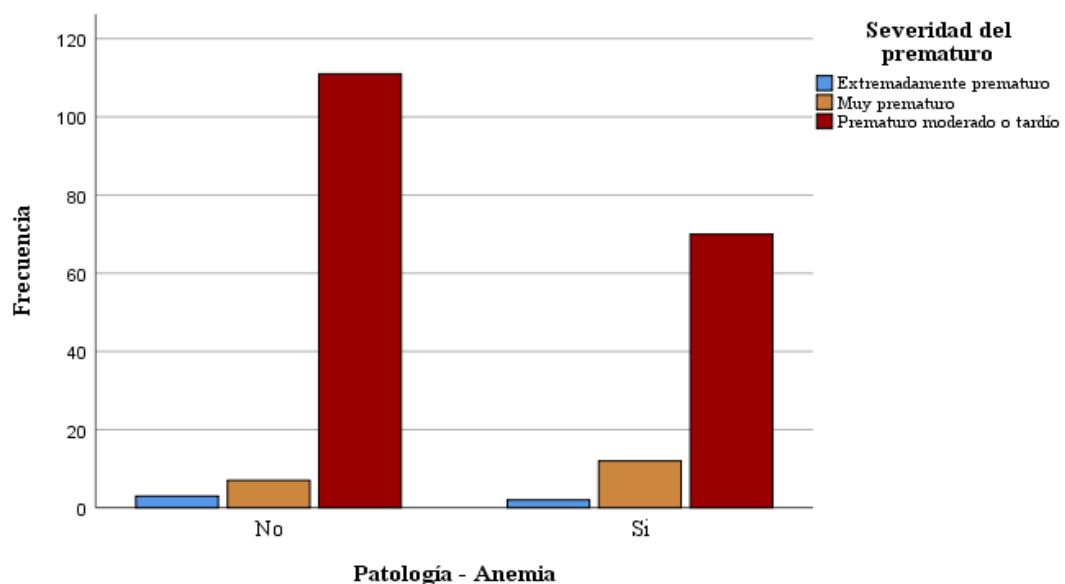


Figura 5. Asociación entre anemia y severidad del prematuro

En la figura 5 se aprecia que la mayoría de las gestantes de la totalidad de la población no presentaron anemia. Con relación a la severidad del prematuro la mayoría de las gestantes con y sin anemia presentaron prematuridad moderada o tardía.

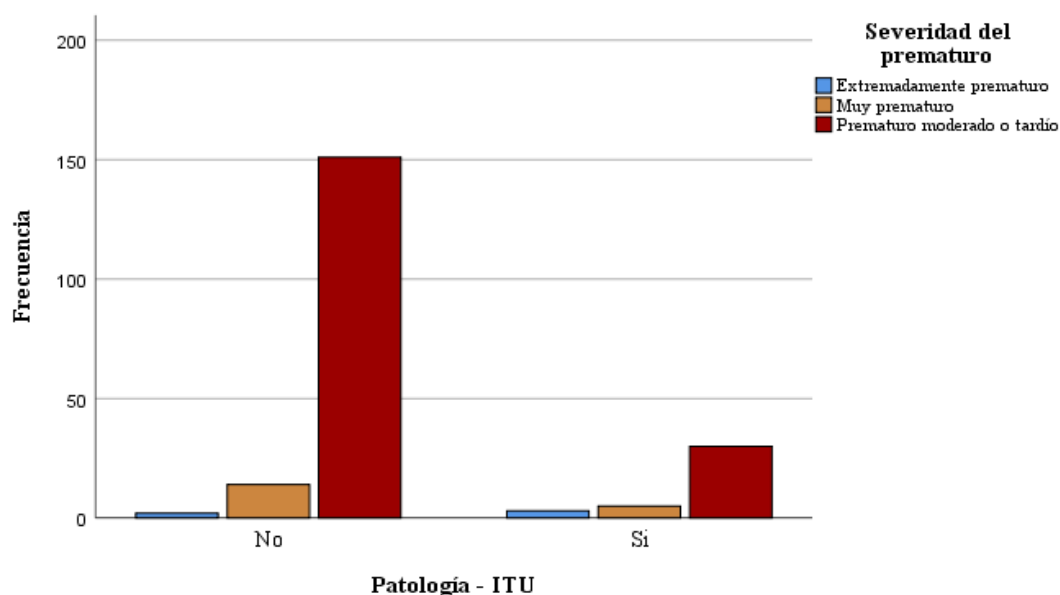


Figura 6. Asociación entre ITU y severidad del prematuro

En la figura 6 se aprecia se apreció que la mayoría de las gestantes de la totalidad de la población no presentaron ITU. Con relación a la severidad del prematuro la mayoría de las gestantes con y sin ITU presentaron prematuridad moderada o tardía.

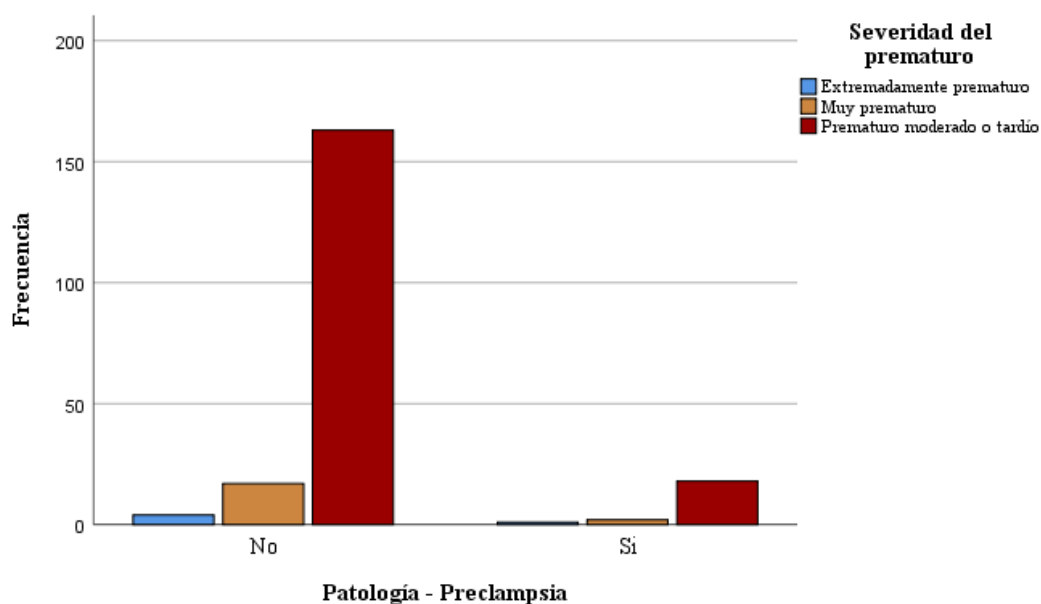


Figura 7. Asociación entre preeclampsia y severidad del prematuro

En la figura 7 se aprecia que la mayoría de las gestantes de la totalidad de la población no presentaron preeclampsia. Con relación a la severidad del prematuro la mayoría de las gestantes con y sin preeclampsia presentaron prematuridad moderada o tardía.

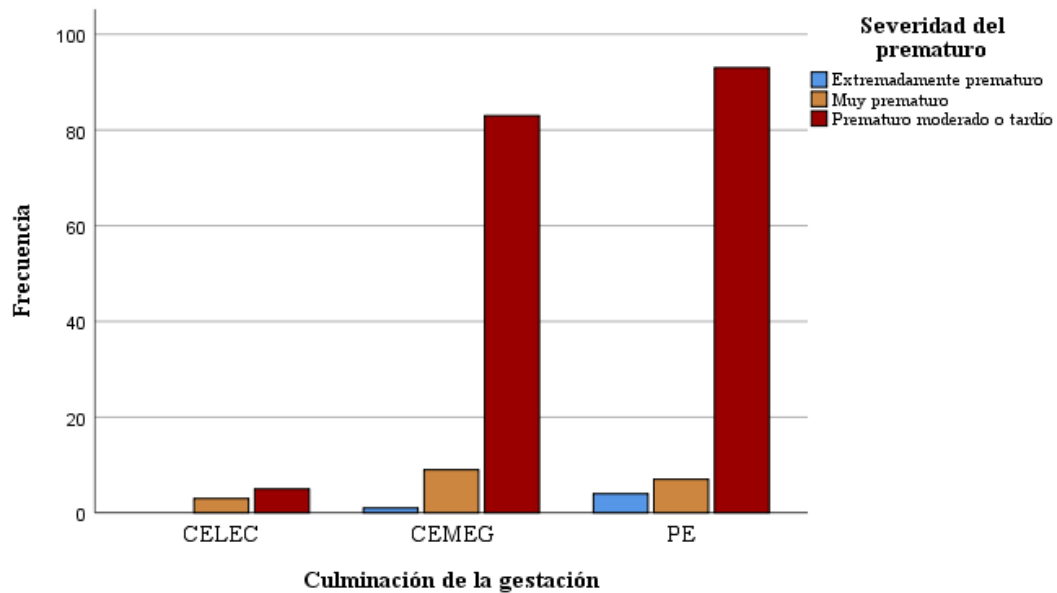


Figura 8. Asociación entre culminación de la gestación y severidad del prematuro

En la figura 8 se aprecia que la mayoría de las gestantes de la totalidad de la población presentaron un parto eutócico. Asimismo se observó que más de 80 gestantes presentaron cesárea de emergencia.

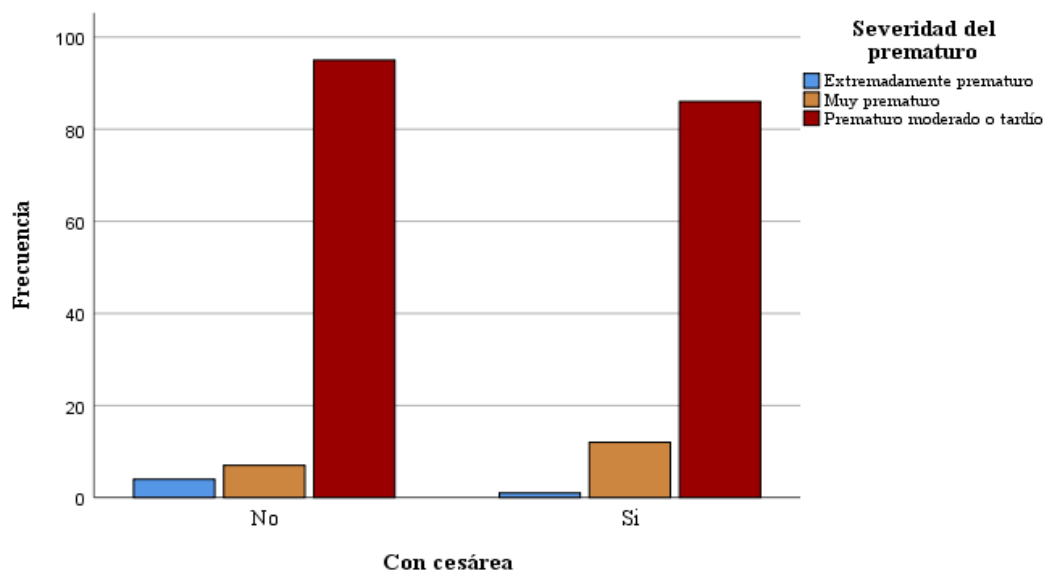


Figura 9. Asociación entre cesárea y severidad del prematuro

En la figura 9 se aprecia que la mayoría de las gestantes de la totalidad de la población presentaron un parto eutócico. Asimismo, se observó que más de 80 gestantes presentaron cesárea de emergencia.

5.1.2. Análisis bivariado

Se realizó el análisis bivariado utilizando la prueba de chi-cuadrado y correlación de Pearson que es una herramienta de la estadística inferencial para el entendimiento de la asociación entre variables categóricas (43).

Tabla 4. Factores significativos de modelo de regresión binomial

Factor	B	Error estándar	Wald	GL	Sig.	Exp (B)
Patología ITU	- 0.876	0.538	2.648	1	0.104	0.416
Controles prenatales	0.413	0.122	11.508	1	0.001	1.512
Constante	1.677	0.412	16.610	1	0.000	5.352

En la tabla 4, el modelo de regresión binomial bajo método de entrada “Likewise” identificó como factores significativos a los mostrados en la tabla, siendo el más significativo el número de controles prenatales ($p = 0.001$), donde cada control adicional aumenta la probabilidad del evento en un 51.2% ($\text{Exp (B)} = 1.512$). Algo menos significativo es la patología ITU ($p = 0.104$), con una disminución de la probabilidad del evento en un 58.4 % ($\text{Exp (B)} = 0.416$).

Tabla 5. Resultado de pruebas de asociación

Asociación para prueba chi cuadrado de Pearson	Chi-2	GL	Signif.
Severidad del prematuro * Grado de instrucción	7.395	6	0.286
Severidad del prematuro * Ocupación	2.583	4	0.63

Severidad del prematuro * Patología - Anemia	4.264	2	0.119
Severidad del prematuro * Patología - ITU	6.915	2	0.032
Severidad del prematuro * Patología - Preeclampsia	0.537	2	0.765
Severidad del prematuro * Culminación de la gestación	9.995	4	0.041
Severidad del prematuro * Con cesárea	3.328	2	0.189

En la tabla 5 sobre las pruebas de asociación, se aprecia que en relación entre severidad del prematuro y grado de instrucción, teniendo en cuenta la hipótesis nula: no existió asociación entre la severidad del prematuro y el grado de instrucción; así como la hipótesis alterna: existió una asociación entre la severidad del prematuro y el grado de instrucción, no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($\chi^2 = 7.395$, $p = 0.286$), por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y ocupación, considerando la hipótesis nula: no existió asociación entre la severidad del prematuro y la ocupación; así como la hipótesis alterna: existió una asociación entre la severidad del prematuro y la ocupación; el valor crítico de significancia no ha sido alcanzado ($\chi^2 = 2.583$, $p = 0.63$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y patología - anemia, teniendo en cuenta la hipótesis nula: no existió asociación entre la severidad del prematuro y la anemia; así como la hipótesis alterna: existió una asociación entre la severidad del prematuro y la anemia, aunque el resultado es cercano, no alcanza el valor crítico de significancia ($\chi^2 = 4.264$, $p = 0.119$), por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y patología - ITU, teniendo en cuenta la hipótesis nula: no existió asociación entre la severidad del prematuro y la ITU; así como la hipótesis alterna: existió una asociación entre la severidad del prematuro y la ITU; se alcanzó el valor crítico de significancia ($\chi^2 = 6.915$, $p = 0.032$), permitiendo rechazar la hipótesis nula y sugiriendo una asociación significativa.

Con respecto a severidad del prematuro y patología - preeclampsia, considerando la hipótesis nula: no existió asociación entre la severidad del prematuro y la preeclampsia; así como la hipótesis alterna: existió una asociación entre la severidad del prematuro y la preeclampsia; no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($\chi^2 = 0.537$, $p = 0.765$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y culminación de la gestación, considerando la hipótesis nula: no existió asociación entre la severidad del prematuro y la culminación de la gestación, ; así como la hipótesis alterna: existió una asociación entre la severidad del prematuro y la culminación de la gestación; se alcanzó el valor crítico de significancia ($\chi^2 = 9.995$, $p = 0.041$), lo que permite rechazar la hipótesis nula y sugiere una asociación significativa.

Con respecto a severidad del prematuro y con cesárea, considerando la hipótesis nula: no existió asociación entre la severidad del prematuro y la cesárea; ; así como la hipótesis alterna: existió una asociación entre la severidad del prematuro y la cesárea; no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($\chi^2 = 3.328$, $p = 0.189$), manteniéndose la hipótesis nula.

Tabla 6. Resultado de pruebas de correlación

Correlación de prueba de Spearman	Rho	Signif.
Severidad del prematuro * Edad	-0.92	0.191
Severidad del prematuro * Talla	-0.043	0.541
Severidad del prematuro * Peso	-0.013	0.856
Severidad del prematuro * IMC Clase	-0.01	0.885
Severidad del prematuro * IMC	0.019	0.784
Severidad del prematuro * Paridad	-0.045	0.525
Severidad del prematuro * Abortos	0.021	0.765
Severidad del prematuro * Controles prenatales	0.23	0.001

En la tabla 6 sobre el resultado de pruebas del coeficiente de correlación de Spearman, se aprecia que en relación con severidad del prematuro y edad, considerando la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y la edad; así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y la edad; se tiene como resultado que no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($Rho = -0.92$, $p = 0.191$), por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y talla, considerando la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y la talla, así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y la talla; se tiene como resultado que no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($Rho = -0.043$, $p = 0.541$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y peso, teniendo en cuenta la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y el peso, así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y el peso; no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($Rho = -0.013$, $p = 0.856$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y IMC clase, considerando la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y la clase de IMC, así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y la clase de IMC; no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($Rho = -0.01$, $p = 0.885$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro * IMC", considerando la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y el IMC, así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y el IMC, no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($Rho = 0.019$, $p = 0.784$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y paridad, considerando la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y la paridad, así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y la paridad; no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($Rho = -0.045$, $p = 0.525$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y abortos, considerando la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y los abortos, así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y los abortos; no se ha alcanzado el valor crítico de significancia ($Rho = 0.021$, $p = 0.765$), manteniéndose la hipótesis nula.

Con respecto a severidad del prematuro y controles prenatales, considerando la hipótesis nula: no existió correlación entre la severidad del prematuro y los controles prenatales, así como la hipótesis alterna: existió correlación entre la severidad del prematuro y los controles prenatales; se alcanzó el valor crítico de significancia ($Rho = 0.23$, $p = 0.001$), permitiendo rechazar la hipótesis nula y sugiriendo una correlación positiva significativa.

5.2. Discusión de resultados

Con respecto a los factores socioeconómicos, en relación con la edad, el estudio de Murguía et al. mostró que la media de edad de su población fue de 17.49 años; mientras que, en este estudio se mostró una media de edad de 16 años (26). Con respecto al grado de instrucción en estudios previos como el realizado por Del Carpio et al. demostraron que más de la mitad de la población de gestantes adolescentes presentaban un nivel educativo o nivel de instrucción de secundaria completa, lo que se correlaciona con el presente estudio donde más de 150 gestantes de la totalidad de 205 tuvieron un nivel educativo cursado hasta el 5to de secundaria (28). Por último, en relación con la ocupación se apreció que 156 gestantes fueron amas de casa (76.1%), así mismo se observó que 45 gestantes fueron estudiantes (22%) y por último las gestantes que laboraron solo fueron 4 (2%). Además, se correlacionó con el estudio del investigador Colqui en el que las gestantes amas de casa fueron 365 (64.4%) de ambos hospitales estudiados (24). Asimismo, en otros estudios la gran mayoría de las gestantes (76.1%) no trabajan ni estudian y solamente se encargan de ser amas de casa y solamente el 22.0 % de las gestantes continuaron con sus estudios (26). Es de importancia su enfoque en la mejora al acceso en educación secundaria completa para reducir los embarazos no planificados, asimismo la limitación de oportunidades educativas y laborales afecta su bienestar integral y refleja patrones socioeconómicos y culturales que podrían perpetuar la desigualdad de género.

Con respecto a los factores nutricionales, la media del IMC (índice de masa corporal) del presente estudio fue de 22, la que se encuentra dentro del rango de normalidad, por lo que en esta investigación no hubo relación entre un IMC alterado y prematuridad en gestantes adolescentes. Tal como se demuestra en el estudio de Florencia et al., en el que las gestantes adolescentes en su mayoría presentaron un peso normal 12,582 (58.56%) lo que indicó que en

su estudio hubo mayor prevalencia mayor de sobrepeso y obesidad en el grupo de mujeres en edad reproductiva óptima y no en adolescentes (16). Aunque el estudio indicó que no hay una relación directa entre un IMC alterado y la prematuridad en la población estudiada, se debe mantener un vigilancia activa y educativa para la prevención de posibles complicaciones por el peso al inicio de la gestación en incluso previo.

Asimismo, en relación con los factores obstétricos se mostró la importancia de los controles prenatales. En el presente estudio los resultados indicaron una media de 3 a 4 controles por gestante, siendo un factor con gran asociación a prematuridad, un estudio con resultados similares a Flores et al. en el que 33.3 % tuvieron inadecuados controles prenatales en el primer trimestre (29). Otro estudio con resultados similares es el realizado por Camargo et al. obtuvieron que de 1 a 3 controles prenatales fue factor de riesgo para complicaciones perinatales (23). Asimismo, dentro de las patologías maternas, Paredes et al., en su estudio realizado en Ucayali, demostraron que solo el 19.9 % de las gestantes adolescentes presentaron anemia en comparación con la población del actual estudio en el que el 41 % presentó anemia. En ambas investigaciones menos de la mitad de la población presentó anemia (27). Asimismo, esto se contrasta con la investigación realizada por Afriyie et al. en donde el 80 % de las gestantes presentaron anemia (18). Con respecto a la preeclampsia, en el estudio realizado por Murguía resultó ser factor de riesgo para la prematuridad en gestantes adolescentes ($p = 0.032$), lo que contrasta con nuestro estudio en el que no resultó significativo, además que en nuestro estudio la frecuencia fue de 84 con significancia de 0.119 (26). Acerca de otras patologías tenemos a la ITU que representó el 18.5 % de la totalidad y que fue el factor más asociado a parto prematuro. En el estudio realizado por Castillo et al. se muestran resultados que se asemejan a nuestra investigación, donde obtuvimos significancia de asociación con la prematuridad ($\chi^2 = 6.915$, $p = 0.032$), considerándose factor de riesgo en nuestro estudio (22). La realidad sobre la práctica tanto de los adecuados controles prenatales, concientización sobre la prevención de enfermedades, demostraron una posible ineficacia en su cumplimiento, estos datos indican la necesidad de estrategias sanitarias integrales especialmente en poblaciones vulnerables.

En relación con el recién nacido prematuro, la severidad del parto prematuro en el estudio realizado por Del Carpio, la mayoría fue moderado y tardío con una frecuencia de 49 (77.8%), lo que guarda relación con el presente estudio en la que tuvieron severidad de moderado y tardío en frecuencia de 181 RN (88.3%) (28). En el estudio de Florencia et al. las adolescentes tuvieron mayor porcentaje de neonatos con Apgar menor de 7 al minuto de vida, lo que contrasta a nuestro estudio donde encontramos que la mayoría de neonatos 169 (82.4%)

presentaron Apgar mayor de 7 al minuto de vida e igual resultado con Apgar a los 5 minutos de vida en 195 recién nacidos (95%). Asimismo, en su estudio se evidenció que en el grupo de adolescentes fueron más frecuente los pequeños para edad gestacional (peso al nacer menor al percentil 10) 1182 (5.5%) RR 1.22; IC 95%: 1.14-1.29, lo que guarda relación con nuestra investigación donde los que presentaron peso de nacimiento menor a 2500 gr fueron 119 RN (58%). Sin embargo, no fue atribuible a ser factor de riesgo directamente para parto prematuro sino como complicación de esa (16). Con respecto a las patologías del recién nacido de las gestantes adolescentes, fueron síndrome de distrés respiratorio agudo, ictericia neonatal, sepsis neonatal y fallecidos, lo que guarda relación con el estudio realizado por Condori, donde se analizaron las complicaciones neonatales de 248 gestantes evidenciándose sepsis neonatal en un 4.03 % y distrés respiratorio en 18.15 %. (25) Asimismo, el estudio realizado por Paredes, en la que de 194 gestantes adolescentes un 9.9 % presentaron sepsis neonatal y 25.1 % asfixia, resultado que contrasta al nuestro en la que no se presentó ningún caso de asfixia neonatal (27). Los datos revelados de nuestra realidad indicaron nuevamente debilidades en el cumplimiento de diversos protocolos para la prevención o manejo integral del recién nacido prematuro, asimismo la información presentada abre futuras oportunidades de estudio de las principales causas de fallecimiento en diverso tipo de población gestante, o manejo oportuno que abarca a capacitaciones del personal de salud y las instalaciones adecuadas de los recursos necesarios.

En el presente estudio los sesgos identificados fueron de información (observación) debido a que la data recogida fue del aplicativo SIP2000 en el que se transfiere información de las historias clínicas, la cual es susceptible al error humano tanto del profesional médico como del técnico estadístico.

Conclusiones

1. Los factores socioeconómicos evaluados en esta investigación no guardan relación con el parto prematuro en gestantes adolescentes.
2. Los factores nutricionales evaluados en esta investigación no guardan relación con el parto prematuro en gestantes adolescentes.
3. Con respecto a los factores obstétricos, la presente investigación reveló que la ausencia o la insuficiencia en la realización de controles prenatales se erige como un factor de riesgo importante para la presencia de parto prematuro en población adolescente. La falta de visitas médicas regulares limita la capacidad de detectar enfermedades y tratarlas oportunamente. Además, estas deficiencias en el acceso a cuidados prenatales pueden resultar en una falta de educación e información para las gestantes adolescentes. De las patologías maternas evaluadas la presencia de infecciones del tracto urinario (ITU) en la madre constituye un factor de riesgo significativo para el nacimiento prematuro en gestantes adolescentes.
4. Se logró determinar que el promedio de edad de las gestantes adolescentes fue de 16 años, lo que indicó una tendencia significativa de que aún se encuentran en una etapa temprana de su desarrollo personal y social. Por lo que su implicancia en el inicio de la maternidad impacta de manera negativa en sus oportunidades laborales, este estudio reveló que solamente el 2 % continuaron laborando y manteniendo solvencia económica, y por otro lado el 22 % continuaron sus estudios con normalidad.
5. Se encontró que la mayoría de las gestantes adolescentes se encontraban en la condición de amas de casa, lo que refleja una situación sociocultural compleja que limita sus oportunidades laborales como se explicó en el punto anterior.
6. Se logró determinar que las gestantes adolescentes de este estudio presentaron un índice de masa corporal (IMC) que se situó dentro de los parámetros considerados normales según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es importante destacar que basarnos solamente en una medida de talla y peso, puede dejar de lado su ganancia o pérdida adecuada de peso hacia el final de la gestación.

7. La mayoría de recién nacidos prematuros tuvieron un peso de nacimiento menor a 2500 gr equivalente al 58 % de la población estudiada, siendo un dato frecuente en neonatos prematuros.
8. Los recién nacidos prematuros de gestantes adolescentes han mostrado, en su mayoría, puntuaciones de Apgar tanto al minuto como a los cinco minutos que superan el umbral de 7, siendo un resultado significativo ya que evalúa su adaptabilidad al entorno extrauterino.

Recomendaciones

1. Fomentar que las gestantes inicien sus controles prenatales lo más pronto posible para detectar y tratar problemas de salud oportunamente, establecer un calendario de visitas que garantice al menos uno cada mes y que sea ajustable según la necesidad específica de cada paciente. Asimismo, en cada visita evaluar y ajustar la dieta de la gestante, incluyendo suplementación con ácido fólico, calcio y hierro si es necesario.
2. Se recomienda a las autoridades encargadas de la salud en primer nivel de atención, implementar estrategias de prevención y detección temprana de ITU especialmente en población vulnerable como son las adolescentes, lo que involucra su mayor acceso a los centros de primer nivel de atención en la que la gestante no acuda con miedo a ser atendida.
3. Implementar programas de educación sexual en las escuelas que abordan temas como métodos anticonceptivos y salud sexual para así educar a la población específica en centros educativos o áreas de acceso al primer nivel sobre embarazo no deseado en la adolescencia y sus riesgos; esta educación debe ser inclusiva basada en evidencia y adaptada a la edad.
4. Garantizar que las adolescentes tengan acceso fácil y confidencial a métodos anticonceptivos, como condones, píldoras anticonceptivas, inyecciones, implantes, entre otros. Esto incluye servicios gratuitos o de bajo costo en los centros de salud.
5. Promover la comunicación abierta entre padres e hijos sobre temas de sexualidad, a través de programas de mentoría en el que se puedan abordar temas como la toma de decisiones, autoestima y planificación de vida.
6. Implementar programas de apoyo específicos que permitan a las madres adolescentes continuar con su educación y desarrollo profesional para asegurar una mejor calidad de vida tanto para ellas como para sus hijos, a través de clases y horario adaptados, promoción de tutorías, asesoramiento académico y programas de refuerzo educativo, subsidio económicos y fortalecimiento de redes de apoyo laboral.
7. Seguir de cerca la evolución del peso durante el embarazo para asegurar un aumento adecuado además de plasmarlo en la historia clínica perinatal.

8. Promover investigaciones relacionadas con la población adolescente gestante para poder obtener una mayor comprensión sobre los factores de riesgo para la prematuridad en nuestro medio.

Referencias bibliográficas

1. Saquicela DMB, Saquicela HLB, Loor SB. Embarazo en adolescentes y alteraciones psicosociales. RECIMUNDO. 13 de diciembre de 2020;4(4):337-45.
2. Nacimientos prematuros [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Meza DEC. Resolución Rectoral N° 3841-2022 R/UC.
4. Consulta Dinámica - Nacido [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwgestacional.aspx>
5. Chehade H, Simeoni U, Guignard JP, Boubred F. Preterm Birth: Long Term Cardiovascular and Renal Consequences. Curr Pediatr Rev, 2018;14(4):219-26.
6. Boletín epidemiológico SE/01-52-2023 INMP [Internet]. 2023 p. 11-6. Report No.: Boletín Epidemiológico INMP N° 04. Disponible en: file:///C:/Users/GameX/Downloads/Boletin_epidemiologico_SE_01-52_publicado.pdf
7. Boletín epidemiológico del Perú SE 09-15 Jun/2024. [Internet]. p. 572-7. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202424_30_121829.pdf
8. Humberg A, Fortmann I, Siller B, Kopp MV, Herting E, Göpel W, et al. Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. Semin Immunopathol. 2020;42(4):451-68.
9. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 [Internet]. 2023 p. 89-102. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf
10. Benavides-Delgado J. Moratoria social y embarazo adolescente. El Ágora USB. junio de 2021;21(1):225-36.
11. Mendoza K, Díaz Castro A. Perfil clínico epidemiológico de neonatos con infecciones asociadas a la atención de salud en hospital de especialidades. Alerta Rev Científica Inst Nac Salud. 27 de enero de 2022;5(1):17-25.
12. Rodríguez SR. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008;68-76.
13. Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 8 de septiembre de 2024];118(5). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n5a05.pdf>
14. Tele A, Kathono J, Mwaniga S, Nyongesa V, Yator O, Gachuno O, et al. Prevalence and risk factors associated with depression in pregnant adolescents in Nairobi, Kenya. J Affect Disord Rep. diciembre de 2022; 10:100424.

15. López Reyes LH. El embarazo adolescente, adolescente infantil y sus severos impactos en la sociedad peruana. Una tragedia permanente. *An Fac Med*, 2023;84(4):387-90.
16. Feldman F, Recouso J, Paller L, Lauría W, Rey G, Feldman F, et al. Evaluación de las complicaciones del embarazo en adolescentes: estudio de cohorte en Uruguay. *Ginecol Obstet México*. 2019;87(11):709-17.
17. Indarti J, Al Fattah AN, Dewi Z, Hasani RDK, Mahdi FAN, Surya R. Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre in Indonesia. *Obstet Gynecol Int*. 26 de marzo de 2020; 2020:2787602.
18. Gyimah LA, Annan RA, Apprey C, Asamoah-Boakye O, Aduku LNE, Azanu W, et al. Nutritional status and birth outcomes among pregnant adolescents in Ashanti Region, Ghana. *Hum Nutr Metab*. 1 de diciembre de 2021; 26:200130.
19. Akseer N, Keats EC, Thuraijah P, Cousens S, Bétran AP, Oaks BM, et al. Characteristics and birth outcomes of pregnant adolescents compared to older women: An analysis of individual level data from 140,000 mothers from 20 RCTs. *EClinicalMedicine*. 26 de febrero de 2022; 45:101309.
20. Shi H, Chen L, Wang Y, Sun M, Guo Y, Ma S, et al. Severity of Anemia During Pregnancy and Adverse Maternal and Fetal Outcomes. *JAMA Netw Open*. 3 de febrero de 2022;5(2):e2147046.
21. Ranjbar A, Jahromi M, Boujarzadeh B, Roozbeh N, Mehrnoush V, Darsareh F. Pregnancy, childbirth and neonatal outcomes associated with adolescent pregnancy. *Gynecol Obstet Clin Med*. 25 de mayo de 2023;3.
22. Siguencia RMC, Dávalos NGO. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. 2019;
23. Camargo-Reta AL, Estrada-Esparza SY, Reveles-Manríquez IJ, Manzo-Castillo JA, Luna-López MC de, Flores-Padilla L, et al. Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. *Ginecol Obstet México*. 2022;90(6):495-503.
24. Colqui E. Factores asociados a complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes: estudio comparativo [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1102/995
25. Condori M. Embarazo adolescente y sus complicaciones materno neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019 [Internet]. [Piura]: Universidad Cesar Vallejo; 2020. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/57836/Condori_SMD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Murguía-Ricalde FN, Indacochea-Cacéda S, Quezada JCER, Cruz-Vargas JADL. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el

- Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú. Rev Peru Investig Materno Perinat. 12 de agosto de 2021;10(2):35-41.
27. Paredes J. Anemia y complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017-2018 [Internet]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2021. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4743/UNU_MEDICINA_2021_T_J_AMES-PAREDES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 28. Del Carpio L. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en primigestas, Hospital Regional Hermilio Valdizan, Huánuco, 2019. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2021.
 29. Flores Soto JE. Edad materna como factor de riesgo para complicaciones del embarazo adolescentes atendidos en el hospital de emergencia Ate Vitarte, Lima 2023. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2024 [citado 3 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8903>
 30. Chavez E. Determinantes de la salud en adolescentes gestantes, del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca _ Junín 2020 [Internet] [Tesis]. [Chimbote]: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2020. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/20292/GESTANTES_ADOLESCENTES_CHAVEZ_ECHEVARRIA_EVELYN_BELONY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 31. Carhuamaca Gutierrez YE, Llantoy Mayta JD. Complicaciones materno-perinatales relacionada a edades extremas en gestantes de un Hospital Huancayo-Junín. Universidad Peruana Los Andes; 2022.
 32. Pacheco E, Vasquez J. Embarazo en la adolescencia como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia: Estudio de cohorte retrospectivo en primigestas de un Hospital Materno Infantil de Junín, Perú (2018-2021) [Tesis]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2024.
 33. Yaranga J de D, Leyton I, Urbina Cesar. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6687622/5807406-rd-191-2024-dg-hsr-minsa.pdf>
 34. Minsa. Norma Técnica de Salud Atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio 2019 [Internet]. Lima- Perú: MINSA; 2019 p. 60. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/5013.pdf>
 35. Glosario de la academia: Estado nutricional [Internet]. Nutriendo. [citado 9 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.academianutricionydietetica.org/glosario/estado-nutricional/>

36. Gerogina Zayas Torriente, Chávez H. Manual para la atención alimentaria y nutricional a embarazadas en Hogares Maternos [Internet]. Lazo Adentro; 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/cuba/media/6526/file/Manual%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20alimentaria%20y%20nutricional%20a%20embarazadas%20en%20hogares%20maternos.pdf>
37. Asale R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 9 de septiembre de 2024]. socioeconómico, socioeconómica | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/socioeconómico>
38. Unicef. El embarazo adolescente impacta en la economía de las mujeres y tiene un alto costo socioeconómico para el Estado [Internet]. [citado 31 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/el-embarazo-adolescente-impacta-en-la-econom%C3%ADa-de-las-mujeres-y-tiene-un-alto>
39. Definición Nivel de instrucción (7 grupos) (Censos del 2021 y anteriores) [Internet]. [citado 9 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html
40. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -.
41. Herráiz MÁ, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. 3 de diciembre de 2005;23:40-6.
42. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. [Internet]. Mexico: LLIMUSA. S. A.; 2003. 175 p. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso_de_la_investigaci_n_cient_fica_Mario_Tamayo.pdf
43. DATAtab. Prueba Chi cuadrado DATAtab [Internet]. 2025 [citado 31 de enero de 2025]. Disponible en: <https://datatab.es/tutorial/chi-square-test>
44. Quezada N. Metodología de la Investigación: Estadística Aplicada en la Investigación. 1°. Lima- Perú: Macro E.I.R.L.; 2010. 334 p.
45. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. México: MacGraw-Hill; 1997. Disponible en: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
46. Arias-Odón F. El Proyecto de Investigación: Guía para su elaboración. 1 de enero de 1997;
47. Aguinaga A. Resolución Ministerial N°008-2000-SA/DM [Internet]. N°008-2000 Enero 17, 2000. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284343/256133_RM008-2000.pdf20190110-18386-19vig2g.pdf?v=1547177595

Anexos

Anexo 1

Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Metodología
¿Cuáles son los factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022?	Determinar los factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022.	H1: Existen factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, 2018-2022. H0: No existen factores asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, 2018-2022.	Variable dependiente: Gestante adolescente con parto prematuro Variable independiente: - Socioeconómico - Nutricional - Obstétrico Método general: En la presente tesis se emplea el método científico.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	
¿Cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022?	Determinar cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022.	H1: Los factores socioeconómicos representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022. H0: Los factores socioeconómicos no representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en	Tipo: Básica Alcance: Correlacional Diseño: Observacional. No experimental. Población y muestra: La población son gestantes adolescentes con parto prematuro atendidas en el Hospital Regional Docente

		gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.	Materno Infantil El Carmen durante el periodo 2018 a 2022 que fueron en un total de 205 pacientes.
¿Cuál es la asociación entre los factores nutricionales y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022?	Determinar cuál es la asociación entre los factores nutricionales y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022.	H1: Los factores nutricionales representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022. H0: Los factores nutricionales no representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.	La muestra de este estudio fue censal, es decir las 205 gestantes adolescentes con parto prematuro. Técnicas de recolección de datos: Se consideró la técnica de análisis de información de las Historias Clínicas Materno Perinatal mediante el aplicativo SIP 2000, digitalizado en Excel 2019. Instrumentos de recolección de datos: Se desarrolló en base a la historia clínica materno perinatal.
¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022?	Determinar cuál es la asociación entre los factores obstétricos y el parto prematuro en gestantes adolescentes en el H. Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022.	H1: Los factores obstétricos representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022. H0: Los factores obstétricos no representan un factor de riesgo asociado al parto prematuro en gestantes adolescentes en el HRDMIEC, 2018-2022.	

Anexo 2

Documento de aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Continental



Huancayo, 03 de octubre del 2024

OFICIO N°0854-2024-CIEI-UC

Investigadores:

**MARYCIELO ANGIE PALACIOS CARDENAS
HAROLD FRANCO TAPIA DE LA CRUZ**

Presente-

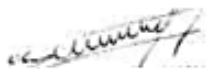
Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, 2018-2022.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

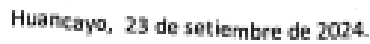
- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,


 **Walter Calderón Gerstein**
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Permiso del comité de ética del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen



PROVEIDO Nº 0107-2024-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-QADI.

A	:	Est. Marycielo Angie Palacios Cárdenas Est. Harold Franco Tapia De la cruz
DE	:	Jefe Oficina de Apoyo Docencia Investigación
ASUNTO	:	Autorización desarrollar Protocolo de Investigación

De presentarse observaciones de orden metodológico el interesado deberá acudir a su asesor para el levantamiento de dichas observaciones. Al término deberá presentar copia del trabajo de investigación culminado e idealmente presentar sus conclusiones al servicio interesado.

Abstract

**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATEIRO PO - JARDIM CARMINA**

DOC	0.000172
DOC	0.000178

64

Anexo 4

Validación del instrumento

La ficha de recolección de datos se elaboró en función del aplicativo SIP2000, aprobado según Resolución Ministerial N°008-2000-SA/DM Lima, 17 de enero del 2000 Visto el oficio DGSP N° 4391/10-99 de la Dirección General de Salud de las Personas.

Aprobación del formato de Historia Clínica Materno Perinatal a través de la Resolución Directoral N° 161-DG-INMP-10. Directiva N°006-DG-INMP-10- “Gestión y registro adecuado de los formatos que conforman la Historia Clínica en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprobó el reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo, hace referencia que la historia clínica es un documento médico para el registro de datos.

Anexo 5

Evidencias

Base de datos N°01

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	
FECHA DE TERMINO OBSTETRICO	HISTORIA CLINICA	EDAD	GRADO DE INSTRUCCION	OCCUPACION	TALLA	PESO	IMC_KG/M2	IMP_CUANT	PATROL_CUALI	COMPLICACION OBSTETRICA	PARIDAD	ABORTOS	CONTROL PRENATAL	CULMINACION DE LA GESTACION	INDICACION DE CESAREA	SEI_PRA_CUALI	APGAR_1	APGAR_5	APGAR_10	APGAR_15	APGAR_20	APGAR_30	PAL_NOMEN_CUALI	
1	15.05.10	17840471	16	2	3	1.51	51	2	23.1	0	0	0	2	PE	CONDOLINATOSIS GEMELAR	3	3	9	3	9	3	2424	0	
2	02.05.10	7359149	17	2	2	1.41	39	2	16.1	1	RETENCION PLACENTARIA OBSTRUCCION DEL TOP	0	0	3	CELEO		3	3	9	3	9	3	2424	0
3	15.05.10	17840471	16	2	3	1.51	51	2	23.1	0	NINGUNO	0	0	2	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
4	15.05.10	7359149	17	2	3	1.41	40	2	24.4	0	DESGARRO PERINEAL EN EL TOP	0	0	3	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
5	12.05.10	12121744	17	2	2	1.51	49	2	24.4	3	PRECLAMPSIA SEVERA	0	0	1	CEHEG		3	3	9	3	9	3	2424	0
6	22.05.10	44262423	14	1	3	1.49	40	2	25.5	0	NINGUNO	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
7	23.05.10	44262423	16	2	3	1.49	40	2	25.5	0	PRECLAMPSIA SEVERA	0	0	1	CEHEG		3	3	9	3	9	3	2424	0
8	24.05.10	74443431	19	2	3	1.51	40	2	16.7	0	NINGUNO	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
9	17.02.10	7359149	17	2	3	1.54	52	2	21.9	0	RETENCION PLACENTARIA	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
10	19.05.10	2219197521	19	2	3	1.57	54	2	21.9	0	NINGUNO	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
11	12.05.10	74443431	19	2	3	1.57	54	2	21.9	1	NINGUNO	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
12	19.05.10	74443431	17	2	3	1.51	50	2	23.9	4	RETENCION PLACENTARIA	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
13	11.05.10	73212167	17	2	3	1.46	40	2	21.9	4	APPL GESTACION MULTIPLE	0	0	5	CELEO	GH	3	3	9	3	9	3	2424	0
14	11.05.10	73212167	17	2	3	1.46	40	2	21.9	4	APPL GESTACION MULTIPLE	0	0	5	CELEO	GH	3	3	9	3	9	3	2424	0
15	29.05.10	73244171	17	2	3	1.52	49	2	22.1	4	DESGARRO PERINEAL EN EL TOP	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
16	29.05.10	73244171	16	2	2	1.51	40	2	23.1	1	RETENCION PLACENTARIA	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
17	04.04.10	73196179	14	2	2	1.37	50	2	29.2	1	NINGUNO	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
18	09.04.10	73196179	19	1	3	1.49	50	2	24.7	2	HAL PRESENTACION FETAL	0	0	7	CEHEG		3	3	9	3	9	3	2424	0
19	10.04.10	73196179	17	2	3	1.52	50	2	24.9	1	HAL PRESENTACION FETAL	0	0	1	CEHEG		3	3	9	3	9	3	2424	0
20	02.05.10	74242493	16	2	3	1.47	49	2	27.7	0	DESGARRO PERINEAL EN EL TOP	0	0	3	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
21	19.05.10	74443431	17	1	1	1.52	42	2	22.1	1	RETENCION PLACENTARIA	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
22	14.05.10	74242493	17	1	3	1.45	47	2	23.3	0	RPM	0	0	1	CEHEG	RPM	3	3	9	3	9	3	2424	0
23	02.04.10	44791471	16	1	2	1.46	40	2	21.9	0	NINGUNO	0	0	3	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
24	14.04.10	73171492	17	2	3	1.51	49	2	21.9	1	NINGUNO	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
25	21.04.10	1447197521	17	2	3	1.49	50	2	22.9	0	RPM	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
26	21.04.10	73171492	16	2	3	1.52	50	2	23.1	1	NINGUNO	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
27	04.07.10	73196179	14	2	3	1.37	57	2	23.1	1	HAL PRESENTACION FETAL	0	0	5	CELEO		3	3	9	3	9	3	2424	0
28	02.07.10	7359149	16	2	2	1.53	50	2	23.3	4	NINGUNO	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
29	02.07.10	7359149	16	2	3	1.51	50	2	23.2	0	RETENCION PLACENTARIA	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
30	15.07.10	74242493	16	2	2	1.51	44	2	15.5	0	NINGUNO	0	0	0	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
31	17.07.10	73171492	16	2	3	1.52	49	2	19.4	2	DESGARRO PERINEAL EN EL TOP	0	0	10	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
32	24.07.10	2559147540	17	2	3	1.51	49	2	22.2	0	NINGUNO	0	0	4	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
33	27.07.10	2449717544	16	2	3	1.59	47	2	27.1	2	HAL PRESENTACION FETAL	0	0	1	CEHEG		3	3	9	3	9	3	2424	0
34	21.07.10	42519133	16	2	3	1.49	50	2	22.5	4	NINGUNO	0	0	2	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
35	04.08.10	74242493	17	2	3	1.51	50	2	24.2	0	RPM	0	0	1	CEHEG	RPM	3	3	9	3	9	3	2424	0
36	07.08.10	73740493	16	2	3	1.50	50	2	22.4	1	HAL PRESENTACION FETAL	0	0	4	CEHEG		3	3	9	3	9	3	2424	0
37	29.08.10	74071492	17	3	2	1.57	52	2	21.9	1	OBSTRUCCION DEL TOP	0	0	4	CEHEG	PELUS ESTRECHAS	3	3	9	3	9	3	2424	0
38	02.09.10	3946417544	16	2	2	1.49	49	2	23.5	1	RPM	0	0	1	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
39	02.09.10	24242427	15	2	3	1.44	55	3	21.5	4	GESTACION MULTIPLE	0	0	0	CEHEG	GH	3	3	9	3	9	3	2424	0
40	03.09.10	24242427	15	2	3	1.44	55	3	21.5	4	GESTACION MULTIPLE	0	0	0	CEHEG	GH	3	3	9	3	9	3	2424	0
41	07.09.10	74443431	16	2	2	1.51	50	2	25.7	2	DESGARRO PERINEAL	0	0	2	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
42	16.09.10	7359149	17	2	3	1.57	50	2	22.3	1	RPM	0	0	3	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
43	21.09.10	74242493	16	2	3	1.55	46	2	19.1	0	NINGUNO	0	0	3	PE		3	3	9	3	9	3	2424	0
44	27.09.10	1047617544	16	2	3	1.49	56	3	25.2	6	PRECLAMPSIA SEVERA	0	0	5	CEHEG		3	3	9	3	9	3	2424	0

Base de datos N°02

Ejecución de los resultados en SPSS

		Estremadamente prematuro		Sveridad del prematuro		Total	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Grado de instrucción	Primaria	0	0.0%	3	13.6%	19	86.4%
	Secundaria	5	2.8%	14	8.0%	157	89.2%
	Superior universitario	0	0.0%	2	4.0%	3	60.0%
	Superior no universitario	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
Ocupación	Labora	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%
	Estudiante	2	4.4%	5	11.1%	38	84.4%
	Ama de casa	3	1.9%	13	8.3%	140	89.7%
IMC Clase	Bajo de peso	1	9.1%	0	0.0%	10	90.9%
	Normal	4	2.5%	15	9.3%	143	88.3%
	Sobrepeso	0	0.0%	4	13.3%	26	86.7%
	Obesidad	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
Patologia - Anemia	No	3	2.5%	7	5.8%	111	91.7%
	Si	2	2.4%	12	14.3%	70	83.3%
Patologia - ITU	No	2	1.2%	14	8.4%	151	90.4%
	Si	3	7.9%	5	13.2%	30	78.9%
Patologia - Preclampsia	No	4	2.2%	17	9.2%	163	88.6%
	Si	1	4.8%	2	9.5%	18	85.7%
Complicaciones Obstétricas Complejas	No	5	2.6%	16	8.3%	172	89.1%
	Si	0	0.0%	3	25.0%	9	75.0%
Complicaciones TDP	No	5	2.8%	17	9.6%	156	87.6%
	Si	0	0.0%	2	7.4%	16	87.6%

Fotografía 1

Autor solicitando permiso para ingresar al programa SIP2000 para la recolección de datos en el área de estadística del HRDMIEC.



Fotografía 2

Autor solicitando permiso para ingresar al programa SIP2000 para la recolección de datos en el HRDMIEC.



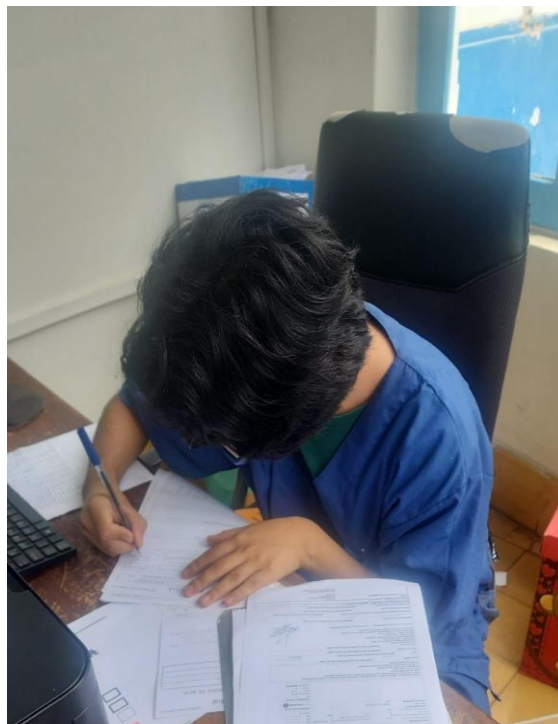
Fotografía 3

Autora recolectando datos del programa SIP2000 en el área de estadística del HRDMIEC.



Fotografía 4

Autor recolectando datos del programa SIP2000 en el área de estadística del HRDMIEC.



Fotografía 5

Autora recolectando datos en el área de estadística del HRDMIEC.

