



UNAP



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

TESIS

**MORBILIDAD MATERNA Y PREMATURIDAD EN MADRES ADOLESCENTES
EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS
ENERO 2018 A DICIEMBRE 2019**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

JANETH CLAUDIA SOFÍA GOMEZ LOAYZA

ASESOR:

DR. BEDER CAMACHO FLORES

**IQUITOS- PERÚ
2021**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

N° 014/ CGT-FMH-UNAP-2021

En la Ciudad de Iquitos, Distrito de Iquitos, Departamento de Loreto, a los días 16 del mes de Julio de 2021 a horas 11:00 am, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulada "Morbilidad materna y prematuridad en madres adolescentes en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos enero 2018 a diciembre 2019" aprobado con Resolución Decanal de sustentación Nro. 227 - 2021 FMH-UNAP. Presentado por la bachiller, Janeth Claudia Sofía Gómez Loayza para optar el título profesional de Médico Cirujano. El Jurado Calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal Nro. 129 -2021-FMH-UNAP del 19 de Abril del 2021.

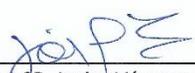
- Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez.
- Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas de Casapía.
- Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello.

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas:.....CORRECTAMENTE.....

El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública de la Tesis ha sidoAPROBADA.....con la calificación deDIECISIETE (17).....

Estando la bachillerAPTA..... para obtener título profesional de Médico Cirujano. Siendo las.....12:30..... se dio por terminado el acto académico.


Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez .

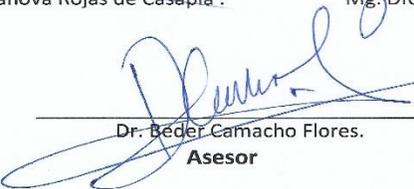
Presidente


Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas de Casapía .

Miembro


Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello

Miembro


Dr. Beder Camacho Flores.

Asesor

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR DE TESIS



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

Miembros del Jurado Examinador y asesor

Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez.

Presidente

Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas de Casapía.

Miembro

Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello

Miembro

Dr. Beder Camacho Flores.

Asesor

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta donde he llegado, quien me ha acompañado durante estos largos años de mi carrera, quien me ha dado sobre todo mucha fortaleza cuando he estado a punto de caer y haber mantenido la fe en todo este tiempo, quien ha sido testigo fiel de mis logros y fracasos. Puesto que sin su ayuda nada de esto sería posible.

A mis padres, a quienes jamás encontraré la forma de agradecer el que hayan brindado su mano en los logros y derrotas de mi vida; por su amor infinito, trabajo y sacrificios que han hecho a lo largo de estos años, porque gracias a su apoyo incondicional he podido dar un paso más en uno de mis grandes anhelos, siendo éste un logro más suyo que mío. Y a mis hermanas que siempre han estado conmigo en todo momento y todo el apoyo brindado.

Finalmente, a mi hermanito Jonathan que está en el cielo, un angelito que me acompañó todo este tiempo a lograr cada uno de mis objetivos, mi fuente de inspiración, por eso también dedico este arduo trabajo a él.

**JANETH CLAUDIA SOFIA
GOMEZ LOAYZA**

AGRADECIMIENTO

A todos nuestros maestros de nuestra prestigiada FACULTAD DE MEDICINA “RAFAEL DONAYRE ROJAS”, por todas sus enseñanzas, el tiempo brindado y su dedicación para con nosotros

A mi asesor de tesis Doctor Beder Camacho Flores, y también a mis jurados de tesis que me brindaron sus apoyos incondicionales en todo momento y por guiarme a que mi proyecto se vea de lo mejor.

**JANETH CLAUDIA SOFIA
GOMEZ LOAYZA**

ÍNDICE

PORTADA.....	I
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS.....	II
MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR DE TESIS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE	VI
RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: MARCO TEORICO	3
1.1 Antecedentes:	3
1.1.1 Nacional:.....	3
1.1.2 Locales:	3
1.1.3 Internacional:	6
1.2: Bases teóricas.....	8
1.2.1 Generalidades:.....	8
1.2.1.1 Adolescencia	8
1.2.1.2 Prematuridad.....	9
1.2.2 Factores de riesgo de Prematuridad	9
1.3 Definiciones de términos básicos	10
CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	11
2.1 Formulación de la hipótesis	11
2.2 Variables y su operacionalización	12
2.2.1 Variable dependiente:	12
2.2.2 Variable independiente:	12
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	16
3.1 Diseño metodológico:.....	16
3.2 Diseño muestral:	16
3.2.1. Población:	16
3.2.2. Muestra:.....	16
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.3.1. Revisión de las historias clínicas:	18
3.3.2 Técnica:	18
3.3.3 Instrumento:.....	18
3.3.4 Procedimiento de recolección de datos:	18
3.3.5 Procesamiento y análisis de datos	19
3.3.6 Aspectos éticos.....	19
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	20
4.1. Características sociodemográficas (edad materna, procedencia y grado de instrucción) de las madres adolescentes en relación con la prematuridad atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos enero 2018 a diciembre 2019. ..	20

4.2 Relación entre los tipos de morbilidad materna con la prematuridad en madres adolescentes atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos enero 2018 a diciembre 2019.....	21
4.3. Características Obstétricas (índice de masa corporal, y atención prenatal) de las madres adolescentes en relación con la prematuridad atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos enero 2018 a diciembre 2019.....	23
CAPITULO V: DISCUSION.....	24
CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....	29
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	30
CAPITULO VIII:FUENTES DE INFORMACION	31
ANEXOS N°01: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	35
ANEXO N°02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
ANEXO N° 03: CONSTANCIA DE COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA – HOSPITAL APOYO IQUITOS.....	39

ÍNDICE DE TABLA

Tabla N°1: Relación entre los factores sociodemográficos de las madres adolescentes con prematuridad atendidas en un hospital de nivel II Iquitos año 2018 – 201920

Tabla N°2: Relación entre los tipos de morbilidad materna con prematuridad en madres adolescentes en un hospital de nivel II Iquitos año 2018 – 201921

Tabla N°3: Relación entre los factores obstétricos de las madres adolescentes con prematuridad en un hospital de nivel II Iquitos año 2018 – 201923

MORBILIDAD MATERNA Y PREMATURIDAD EN MADRES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS ENERO 2018 A DICIEMBRE 2019

Gómez Loayza, Janeth Claudia Sofía

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la morbilidad materna y prematuridad en madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, años 2018 y 2019. Metodología: Investigación de tipo cuantitativo de diseño epidemiológico relacional, con 104 casos y 208 controles, revisando las H.C. y el Sistema de Gestión de Vigilancia Perinatal, con el propósito de obtener la morbilidad en el embarazo, y determinar su odds ratio y la significancia estadística. Resultados: las madres jóvenes en edad temprana / media tienen OR= 2.1 veces de exposición de presentar niños prematuros, las mujeres jóvenes de la zona urbana tienen menor riesgo de tener niños prematuros que las mujeres de la zona rural / marginal y las mujeres adolescentes con estudios primarios tienen OR= 1.8 veces de riesgo de presentar hijos prematuros, las madres adolescentes con anemia tienen 6.9 veces de riesgo de tener hijos prematuros (OR=6.9; Ra= 42.2%; IC al 95% (4.1 – 11.7); $X^2= 58$; $p= 0.010$). Las mujeres adolescentes con ITU tienen el doble de riesgo de tener hijos prematuros (OR= 2.1; Ra= 16.7%; IC al 95% (1.32 – 3.48); $X^2=9.7$ $p=0.005$). Y por último las jóvenes que presentan hipertensión inducida por el embarazo tiene 7.4 veces de peligro de tener hijos prematuros (OR= 7.4; Ra= 45%; IC al 95% (1.5 – 36.4); $X^2= 8.2$; $p= 0.005$). Conclusión: las mamás adolescentes con anemia, RPM, hipertensión inducida por el embarazo, el sobrepeso/ obeso, y los controles insuficientes tienen un alto peligro de presentar un hijo prematuro.

Palabras claves: Prematuridad, morbilidad materna, adolescencia

**MATERNAL MORBIDITY AND PREMATURE IN ADOLESCENT MOTHERS
IN A LEVEL II HOSPITAL IN THE CITY OF IQUITOS JANUARY 2018 TO
DECEMBER 2019**

Gómez Loayza, Janeth Claudia Sofía

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between maternal morbidity and prematurity in adolescent mothers treated at the Apoyo Iquitos Hospital, years 2018 and 2019. Methodology: Quantitative research of epidemiological design relational, with 104 cases and 208 controls, reviewing the HC and the Perinatal Surveillance Management System, in order to obtain morbidity in pregnancy, and determine its odds ratio, and statistical significance. Results: young breasts in early / middle age have OR = 2.1 times the exposure of presenting premature children, young women in urban areas have a lower risk of having premature children than women in rural / marginal areas and adolescent women with primary education have an OR = 1.8 times the risk of presenting premature children. Adolescent mothers with anemia have a 6.9 times risk of having premature children (OR = 6.9; Ra = 42.2%; 95% CI (4.1 - 11.7); $\chi^2 = 58$; $p = 0.010$). Adolescent women with UTI have twice the risk of having premature children (OR = 2.1; Ra = 16.7%; 95% CI (1.32 - 3.48); $\chi^2 = 9.7$ $p = 0.005$. pregnancy has a 7.4 times risk of having premature children (OR = 7.4; Ra = 45%; 95% CI (1.5 - 36.4); $\chi^2 = 8.2$; $p = 0.005$). Conclusion: Teen mothers with anemia, RPM, pregnancy-induced hypertension, overweight / obese, and insufficient controls are at high risk of presenting a premature child.

Keywords: Prematurity, maternal morbidity, adolescence

INTRODUCCION

Descripción de la situación problemática:

La prematuridad definida como el nacimiento con anterioridad a 37 sem. de embarazo; es la principal causa de muerte en < 5 años, y que cerca del 75% de estas muertes se pueden evitar con un trabajo a nivel primario (1)

Los prematuros poseen riesgo de dificultades mayores debido a inmadurez de sus órganos y sistemas, entre menos sea su edad gestacional mayor es la morbilidad; presentando padecimiento de tejido hialina, problemas respiratorios, apnea del prematuro, hemorragia intracerebral, sepsis, entre otras (2), (3); siendo la principal causa de muerte neonatal del 75% al 80% y del 50% de mortandad a largo plazo (4).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] en el 2017 (5), encuentra que el 13.4% de las féminas de 5 - 19 años, han sido madres o quedaron embarazadas; las mayores tasas son de la selva y área rural; Loreto, presenta la mayor tasa de embarazo precoz del país, se mantiene en 30.4% (6), estudios han confirmado que las embarazadas adolescentes presentan con frecuencia complicaciones obstétricas como trastornos hipertensiva, Preeclampsia, infecciones; así como complicaciones neonatales prematuros, bajo peso, sepsis bacteriana, sepsis neonatal entre otras enfermedades (7), (8).

El 23 de septiembre de 2020 el Ministerio de Salud señala que Loreto, Amazonas, Ucayali y San Martín muestra tasas altas de embarazadas de 12 y 17 años. El Ministerio de Salud [MINSa] debe proseguir con la asistencia de salud sexual y de reproducción a los jóvenes, a pesar del contratiempo en salud por COVID-19 y los incrementos de jóvenes gestantes que muestra el INEI. El 12.6% de las adolescentes de 100 jóvenes, son madres o están gestando, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES], MINSa, indica que las jóvenes de 12 – 17 años representan el 10.8% de la población del Perú. Es así que el 10.1% son jóvenes embarazadas del sector urbano y 22.7% rural. Según información de

MINSA, indica que el oriente del país muestra una prevalencia mayor de gestantes jóvenes, en regiones como Loreto, Amazonas, Ucayali y San Martín. Donde la incidencia es mayor en 20%, pero en el sur Tacna, Arequipa y Moquegua está por debajo del 8%. (9)

Según la información del MINSA y ENDES, colocan a Loreto como región con mayor tasa de prevalencia de jóvenes gestantes y de recién nacido prematuro, se describe enfermedades que se presentan durante la gestación que condicionan complicaciones maternas y perinatales, el estudio propone conocer cuál es la relación de estas enfermedades en relación a la presencia de los casos de prematuridad en ser madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, entre los años 2018 y 2019, para lo cual se realizó un estudio relacional.

Formulación del problema:

¿Cuál es la relación entre la morbilidad materna y prematuridad en madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, años 2018 y 2019?

Objetivos

General:

- ✓ Determinar la relación que existe entre la morbilidad materna y prematuridad en madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, años 2018 y 2019

Específicos:

- ✓ Relacionar los factores sociodemográficos (edad materna, lugar de procedencia y grado de instrucción) de las madres adolescentes con la prematuridad atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.
- ✓ Relacionar la morbilidad materna de las madres adolescentes con la prematuridad atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.

- ✓ Relacionar los factores obstétricos (IMC, atenciones prenatales) de las madres adolescentes con la prematuridad atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes:

1.1.1 Nacional:

Chira J. y col. (Lambayeque, 2015) (10) tiene como objetivo de identificar los elementos de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque desde enero-diciembre 2010. La población estuvo conformada por los recién nacidos pretérminos de 22 a 36 semanas de gestación. Investigación analítica, de caso y control pareados de tipo retrospectivo, descriptivo comparativo y transversal. Como resultados se obtuvo, los controles prenatales presentaron OR: 9.13 (3.51-23.7) p: 0.0000, la anemia (concentración de hemoglobina <11 gr/dl) , OR: 1.79 (1.02-3.15) p: 0.0407; y el historial de parto precoz OR: 2.12 (1.03-4.40) P: 0.0385, fueron factores preconcepcional de peligro para parto pretérmino, así como ITU OR: 2.68 (1.54-4.67); p: 0,0004; la RPM OR: 7.22 (3.26-15.95) p: 0,0000; el embarazo múltiple OR: 11.28 (2.40-52.85); p: 0.0002; y el oligohidramnios OR: 17.66 (2.16-143.8); P: 0.0003; son elementos de riesgo gestacional para parto pretérmino.

1.1.2 Locales:

Pérez Curto (Iquitos, 2015) (11) en su estudio titulado: “Factores de riesgo relacionados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, 2014”. La población estuvo formada por 516 recién nacidos prematuros en madres <20 y >34 años. Se realizó una investigación de tipo retrospectivo, de diseño analítico caso control; para lo cual comparó 200 casos de prematuros con 400 no prematuros; encontrándose como resultados: Las madres que proceden de la zona rural (p=0.035), y con grado de educación primario (p=0.004), con precedentes de

prematuridad ($p=0.048$), con < 6 CPN ($p=0.001$), y la morbilidad durante el embarazo como la anemia ($p=0.037$), la ITU ($p=0.049$), y la preeclampsia ($p=0.031$) hubo correspondencia significativamente con la prematuridad.

Saavedra H. (Yurimaguas, 2015) ⁽¹²⁾ determinó los elementos relacionados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, entre julio a diciembre 2014. La población estaba compuesta por 98 madres con niños prematuros, evaluando 55 con nacidos prematuros y 110 nacidos a términos; teniendo como resultados: El 61.8% han presentado morbilidad en la gestación; las principales morbilidades registradas fueron anemia (38.2%), infección urinaria (ITU) (21.8%), hipertensión inducida en embarazadas (14.5%) y pre eclampsia (9.1%). Las madres que proceden de la zona rural tienen (OR 1.39) y zona urbano marginal (OR 2.16) tuvieron mayor riesgo significativamente ($p=0.011$). Las madres con <6 CPN tuvieron un OR de 2.43 ($p=0.008$) para presentar recién nacido prematuro. Las madres con morbilidad en la gestación tienen un OR de 1.94 ($p=0.047$) para tener un recién nacido prematuro, siendo la hipertensión inducida por el embarazo (OR .51; $p = 0.01$) y pre eclampsia (OR 5.4; $p= 0.02$) para presentar recién nacido precoz. Las madres que presentaron mayor periodicidad RN prematuros fueron entre: las menores de 20 años (52.9%, $p=0.145$); las casadas (38.5%, $p=0.521$); con grado de educación primario (66.7%, $p=0.343$), con historial de prematuridad (66.7%, $p=0.07$) y las nulíparas (52.2%, $p=0.203$).

Arévalo A. (Tarapoto, 2016) ⁽¹³⁾ en su investigación optó como título “factores asociados a nacimiento prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto – San Martín, entre julio 2014 a junio 2015”. Investigación cuantitativa de diseño analítico de caso control. Revisó 148 historias de gestantes adolescentes con parto prematuro y 296 con parto a término del Hospital de Tarapoto, evidencia que los factores relacionados a prematuridad fueron: madres entre 20 a 34 años (65.5%), procedente de la zona urbano marginal (44.6%), son convivientes (54.0%) y de nivel de instrucción secundaria (48.7%), las que presentan 2 gestaciones (39.2%), ningún aborto (67.6%), son multíparas (61.5%), tienen <6 CPN (62.2%); el 63.4% tienen periodo intergenésico > 2 años, el 25.0% con referencia de prematuridad. El 89.2%

han presentado morbilidad en la gestación el embarazo; las principales morbilidades registradas fueron ITU (64.9%), vulvovaginitis (48.6%), anemia (23.6%), HIE (21.6%), pre eclampsia (13.5%), y ruptura prematura de membrana (12.2%). Las mamás con morbilidad asociada tuvieron un OR de 1.52 ($p=0.302$) para presentar parto prematuro; las madres sin morbilidad asociada tienen un OR protectorio (0.66), las morbilidades son infección urinaria (OR 1.70; $p=0.135$), vulvovaginitis (OR 1.18; $p=0.139$), anemia (OR 4.10; $p=0.586$), HIE (OR 4.77; $p = 0.590$), presentaron riesgo mayor de parto precoz; pre eclampsia (OR 0.56; $p= 0.205$), RPM (OR 0.39; $p = 0.059$) y eclampsia (OR 0.43; $p= 0.183$) tienen OR protectivos respectivamente.

Moreno O. (Iquitos, 2016) ⁽¹⁴⁾ teniendo como título “Factores maternos y obstétricos asociados a parto pretérmino en el Hospital “Felipe Arriola Iglesias”, 2015”, la población estuvo constituida por <20 a > 34 años, investigación analítica de caso control, comparando 48 madres con parto pretérmino y 96 con parto normal en el HRL. Los elementos que se relacionan a parto precoz fueron: zona rural (OR = 3.64, $p = 0.023$); precedente de recién nacido precoz ($p = 0.001$), menor a 6 controles (OR = 2.54, $p = 0.009$); morbilidad materna (OR = 4.52, $p = 0.000$), la anemia (OR = 4.52, $p = 0.000$) y RPM (OR = 13.5, $p = 0.002$). Los factores de protección al mostrar parto pretérmino fueron procedencia urbana (OR =0.22, $p = 0.003$); periodo intergenésico >2 años (OR = 0.378, $p = 0.033$).

1.1.1 Nacional

Quispe M. (Arequipa, 2016) ⁽¹⁵⁾ tuvo como propósito conocer las dificultades del embarazo, el parto y puerperio en gestantes obesas del hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el 2017. Fue un estudio transversal, descriptivo y observacional, se evidencia que 111 gestantes obesas de 5073 partos (2.19%); el 7.21% fueron adolescentes y 28.83% fueron gestantes añosas; el promedio de edad en embarazadas obesas fue de 29.62 ± 6.95 años. El 81.08% tuvo obesidad tipo I, 17.12% obesidad tipo II y 1.80% obesidad tipo III. El sobrepeso materno tuvo un OR significativo de 4.73 de presentar RN prematuros, mientras que las gestantes obesas tuvieron un OR significativo de 8.40 para presentar un recién nacido prematuro. Las dificultades en la gestación el 29.73% de casos, siendo las más

habituales la diabetes gestacional (13.51%) y la preeclampsia en 18.02% (leve en 11.71%, severa en 6.31%).

Ahumada M. y col. (Lima, 2016) ⁽¹⁶⁾ la finalidad fue analizar los componentes de peligro de parto pretérmino. Su estudio fue de caso-control retrospectivo, población integrada por 600 embarazadas auscultadas en un hospital, siendo los casos 298 gestantes con parto pretérmino y 302 gestantes en los controles que tuvieron un recién nacido sin parto pretérmino, los elementos de peligro vinculados con el alumbramiento pretérmino fueron el embarazo gemelar actual (OR ajustado= 2,4; p= 0,02), control prenatal insuficiente (< 6 controles) (OR ajustado= 3,2; p <0,001), control prenatal nulo (OR ajustado= 3,0; p <0,001), precedente de nacimiento pretérmino (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y preeclampsia (OR ajustado= 1,9; p= 0,005).

Guadalupe S. (Lima, 2017) ⁽¹⁷⁾ con el objetivo de conocer los elementos de peligro relacionados a Parto Pretérmino en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, año 2015. Investigación observacional, analítico, retrospectivo, estudio epidemiológico. La muestra fue de 400 gestantes auscultadas Hospital María Auxiliadora durante el 2015, compuesto por casos a las gestantes con parto pretérmino y controles a las gestantes sin parto pretérmino. Teniendo como resultados que la edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, ITU, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo (p< 0.5) siendo elementos de peligro para parto pretérmino (OR:2.579).

1.1.3 Internacional:

Martínez G.; y col. (México, 2017) ⁽¹⁸⁾ dicha investigación fue identificar los componentes de riesgo relacionados a partos pretérmino en jóvenes hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano, 2015, investigación de caso y control, retrospectivo y analítico revisaron 155 prematuros e igual número de nacimientos normales, las variables analizadas los elementos de peligro estadísticamente significativos para parto prematuro fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, RPM. Concluyendo que a menor

la edad gestacional en las jóvenes embarazadas, los elementos de peligro de nacimientos pretérmino aumentan notablemente.

1.1.1 Nacional:

Mayta N. (Lima, 2017) ⁽¹⁹⁾ dicho estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la ITU en el embarazo con la prematuridad, peso no adecuado al nacer y anomalías congénitas Hospital Edgardo Rebagliati Martins en marzo de 2015 a febrero de 2016, se analizó 2020 mujeres, la infección urinaria en la gestación presentó el 17,2% (348) de estos 348 casos la disposición de prematuridad del recién nacido estuvo presente en el 13,8%, el poco peso al nacer está en el 8,3% y la disposición de anomalías congénitas con 10,3%. Conclusiones. La confirmación de ITU en la gestación relaciona a la prematuridad y a las anomalías congénitas, pero no se le encontró correspondencia con el poco peso al nacer.

Talledo M. (Piura, 2018) ⁽²⁰⁾ el estudio fue en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Sullana, 2018. Objetivo fue analizar los elementos de peligro materno relacionados a la prematuridad. Corresponde a investigación analítica de caso y control, retrospectivo. Se examinaron 90 H.C. de gestantes de casos, y 90 de controles, cuyos nacimientos fueron de jul.– dic. 2016. Los resultados indican edad joven, historial de amenaza de parto precoz, referencias de aborto, y precedentes de ITU pregestacional, indican mayor superioridad en pacientes con diagnóstico de parto precoz. La corioamnionitis es otro elemento relacionado a parto precoz y mediante la regresión logística se evidencia que el control prenatal inadecuado y la corioamnionitis, son elementos de peligro conceptuales, relacionados al parto pretérmino. El CPN inadecuado tiene un $OR=2.02$ (IC: 1.09, 3.74) y la Corioamnionitis, el $OR= 2.07$ (IC: 1.09, 4.2).

Santillán M. (Pucallpa, 2018) ⁽²¹⁾ investigación descriptiva, retrospectivo y transversal, para contrastar la hipótesis se usó la Chi – cuadrado y determinó la correspondencia entre las variables como preñez adolescente, la prematuridad y el bajo peso al nacer en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo

2015-2016. Estudiaron 318 pacientes, no encontrando relación estadística entre la gestación de adolescentes, la prematuridad y el bajo peso al nacer.

Cornejo D. (Lima, 2019) ⁽²²⁾ teniendo como título “factores de riesgo obstétricos que se relacionan con prematuridad en jóvenes auscultadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2018, Se realizó un estudio de tipo Observacional, Retrospectivo, Transversal y con un nivel de investigación correlacional, se aplicó una encuesta a 195 gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se obtuvieron los resultados: la edad de la mamá (p: 0.888), paridad (p: 0.504), periodo intergenésico corto (p: 0.920), historial de parto precoz (p: 0.160) y enfermedad materna (p: 0.617) fueron estadísticamente no significativos. En el precedente de aborto (p: 0.029) y controles prenatales (p: 0.000) resultaron estadísticamente significativos. Como conclusión, sí existe relación entre el historial de aborto, CPN y la prematuridad.

Vergara A. (Lima, 2020) ⁽²³⁾ estudió los “factores relacionados a prematuridad en nacidos por cesárea a causa de preeclampsia en el servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales 2017-2019. Investigación observacional, transeccional y analítica. La muestra fue 189 recién nacidos por cesáreas por preeclampsia del Hospital Sergio Bernales; 63 fueron prematuros y 126 a término; teniendo como resultados que en el análisis estadístico las variables significativas fueron la clasificación del peso al nacer (RP 2.63, IC: 1.8-3.85, p= 0.0001) y la insuficiencia de CPN (RP 1.13, IC: 0.67-1.91, p= 0.648). Conclusiones: El inapropiado peso al nacer y los pocos controles prenatales fueron el elemento relacionado a la prematuridad en la población de estudio.

1.2: Bases teóricas

1.2.1 Generalidades:

1.2.1.1 Adolescencia

La OMS considera que la pubertad es entre el período que transcurre desde los 11 a los 19 años de edad, considera dos fases, la temprana entre los 11 - 14

años y la tardía entre los 15 - 19 años, en cada etapa ocurren cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y personalidad. (24)

1.2.1.2 Prematuridad

Prematuro es un RN con una edad de gestación <37 sem. de gestación, entre los 154 y 258 días de gestación (25). La OMS clasificó a los niños prematuros según su edad gestacional en:

- **Prematuro general:** < 37 semanas.
- **Prematuro tardío:** Sem. 34 con 0/7 días a la sem. 36 con 6/7 días.
- **Muy prematuro:** nacidos antes de las 32 semanas.
- **Extremadamente prematuro:** menores de 28 semanas.

1.2.2 Factores de riesgo de Prematuridad

La edad de la mamá se asocia con la aparición de prematuridad, se ha encontrado frecuencia mayor de RN prematuros < 20 años y >35 años. (26)

El deficiente grado de instrucción y el bajo nivel económico, conllevan a las embarazadas a tener inadecuadas actitudes, y situaciones de salud que se relacionan a la disposición de dificultades maternas y perinatales, como a la prematuridad (27).

Estudios han asociados el estado nutricional de la embarazada, el incremento de peso durante el embarazo, el sobrepeso, la obesidad, y la anemia se han asociado al aspecto de RN pretérmino (28)

Las patologías como infecciones de las vías urinarias, candidiasis, tricomoniasis, vaginosis bacteriana se asocian a un crecimiento de alumbramientos pretérmino; la infección lleva a liberación de ácido araquidónico e incremento de prostaglandinas, aumentando la contractibilidad uterina. El aumento de presión arterial en la gestación que conlleva a la preeclampsia en la embarazada, asociándose con la limitación del desarrollo fetal, al bajo peso y lentitud de

desarrollo intrauterino; y puede estar asociada con el parto precoz. La atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la embarazada y el feto, en la gestación, donde se educa en forma cognoscitiva y procedimental a la gestante sobre la psicoprofilaxis, síntomas y signos de alarma de las morbilidades más frecuente para su manejo oportuno. ^{(29), (30)}

1.3 Definiciones de términos básicos

Prematuro

RN con edad gestacional < 37 semanas.

Embarazo adolescente

Mujer de 10 - 19 años que se encuentra embarazada.

Atención prenatal

Evaluación y vigilancia continua que efectúa el profesional con el fin de determinar el bienestar y las condiciones que ponen en peligro a la mamá y el embrión previo al parto.

Morbilidad materna

Presencia de condiciones fisiopatológicas en la gestación que comprometen la resistencia de la mama y el embrión, como enfermedad hipertensiva, hiperémesis, infecciones, etc.

Hipertensión en el embarazo

Gestante con ≥ 20 sem. de gestación, con incremento de presión sistólica superior a 30 mmHg y/o diastólico superior a 15 mmHg sobre la basal, o se incrementan por encima de 20 mmHg de la PAM.

Preeclampsia

Gestante > 20 sem. con PA > 140/90 y proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas.

Eclampsia

Gestante mayor de 20 semanas con presencia de cuadro convulsivo o coma, con registros de PA > 140/90 y proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas.

Hiperémesis gravídica

Presencia de náuseas y vómitos desde la 5ta semana de gestación hasta las 16 a 18 semanas que desaparecen; la causa propuesta incrementando los estrógenos o de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana y producen alteración hidroelectrolítica.

Infección urinaria

Presencia de molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, presencia en el examen de orina leucocituria, nitritos, o urocultivo positivo > 100,000 colonias de gérmenes

Índice Masa Corporal

Es una medida de relación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado, determinando cuatro indicadores nutricionales como bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad

Anemia

Reducción de la masa eritrocítica y/o de la hemoglobina por debajo de 11 g/ml, se clasifica en anemia leve (Hb entre 9 a 11g/dL), anemia moderada (Hb de 7 a 8,9) y anemia severa (Hb <7g/dL).

Hemorragia de la primera mitad del embarazo

Pérdida hemática por genitales en el curso de 20 semanas de inicio del embarazo. Puede ser causado por: Aborto, Embarazo ectópico y Enfermedad trofoblástica gestacional.

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

Pérdida de sangrado después de las 20 sem. de embarazo. Las causas comunes son: Desprendimiento precoz de placenta, placenta previa y rotura uterina.

CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

H1 Existe asociación entre prematuridad y madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, entre los años 2018 y 2019

H0 No existe asociación entre prematuridad y madre adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, entre los años 2018 y 2019

2.2 Variables y su operacionalización

2.2.1 Variable dependiente:

✚ Prematuridad

2.2.2 Variable independiente:

Características sociodemográficas

- ✓ Edad
- ✓ Procedencia
- ✓ Instrucción

Características obstétricas

- ✓ Índice de masa corporal pregestacional
- ✓ Atención prenatal.

✚ ***Morbilidad Materna***

- ✓ Anemia
- ✓ ITU
- ✓ Preeclampsia
- ✓ RPM
- ✓ HIE
- ✓ Infecciones vaginales
- ✓ Otros

Matriz de Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala de medición	Indicador	Categoría
Prematuridad	Recién nacido que presenta entre 22 - 36 semanas y 6 días, o entre 154 - 258 días de gestación	Recién nacido < 37 semanas de gestación,	Cualitativo Nominal	Recién nacido prematuro registrado en el Sistema de Vigilancia Perinatal	Pretérmino A término
Morbilidad materna	Morbilidad Materna Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la fortaleza de la madre	Anemia: Gestante con hemoglobina \leq de 11 g/ml. durante el embarazo o al instante del parto	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna inscrito en El SVP.	SI NO
		ITU: Gestante que presenta molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, Leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo >100,000 colonias	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna inscrito en El SVP.	SI NO
		Hipertensión inducida por el embarazo: Aparición de hipertensión arterial, sin poseer Dx previo, en una embarazada, >20 semanas de gestación, cifras de tensión arterial sistólicas superiores a 30 mmHg y diastólicas superiores a 15 mmHg sobre la basal, o >20 mmHg de la tensión arterial media.	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna inscrito en El SVP.	SI NO
		Preeclampsia: Gestante mayor de 20 semanas con PAD>90 mmHg y/o PAS>140 y proteinuria igual o > de 300 mg en orina 24h	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna inscrito en El SVP.	SI NO
		Eclampsia: Gestante >20 semanas con presencia de cuadro convulsivo o coma, con registros de	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna registrado en El SVP.	SI NO

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala de medición	Indicador	Categoría
Morbilidad materna	Morbilidad Materna Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre	PAD >90 y/o PAS >140 mmHg y proteinuria ≥300 mg en orina de 24 h.	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna inscrito en El SVP.	SI NO
		Hiperémesis gravídica: Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante la gestación.	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna registrado en El SVP.	SI NO
		Ruptura prematura de membrana: rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna registrado en El SVP.	SI NO
		Infecciones vaginales: cuando se altera el equilibrio natural de la vagina, dando lugar para la proliferación de hongos, bacterias y parásitos.	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna registrado en El SVP.	SI NO
		Malaria: Enfermedad ocasionada por el plasmodium, gestante con gota gruesa positiva. Dengue: Es una infección vírica transmitida por la picadura del mosquito Aedes. Leptospirosis: Enfermedad infecciosa transmitida por la orina de animales infectados.	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna registrado en El SVP.	SI NO
		Hemorragia de la primera mitad del embarazo: Pérdida hemática por genitales en las primeras 20 semanas de embarazo. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: Pérdida de sangrado después de las 20 semanas de gestación.	Cualitativo Nominal	Morbilidad materna registrado en El SVP.	SI NO

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala de medición	Indicador	Categoría
Características sociodemográficas	Condiciones sociales y demográficas de las madres adolescentes como: Edad procedencia, instrucción	Edad de la adolescente embarazada Adolescente temprana 10 - 13 años. Adolescente media 14 - 16 años. Adolescente tardía 17 - 19 años.	Cualitativo ordinal	Edad registrada en el SVP	Temprana Media Tardía
		Procedencia: Lugar donde vive o reside las adolescentes gestantes siendo sus categorías: urbana, marginal y rural.	Cualitativo Nominal	Dirección registrada en el Sistema de Vigilancia Perinatal	Urbana Marginal Rural
		Instrucción: Años de estudios cursados y aprobados, Primaria, secundaria , técnica y superior.	Cualitativo Ordinal	Nivel de instrucción inscrito en el SVP	Primaria Secundaria Técnica Superior
Características obstétricas	Condiciones obstétricas que presenta la madres adolescentes como: IMC pregestacional, morbilidad materna y atención prenatal	Índice de Masa Corporal: Es una medida de relación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado. (Pregestacional).	Cuantitativo Interválica	Peso y talla registrada en el SVP	<i>Bajo peso:</i> IMC < 18.5 <i>Normal:</i> IMC 18.5 – 24.9 <i>Sobrepeso:</i> 25 – 29.9 <i>Obesidad:</i> IMC>30
		Atención Prenatal: Evaluación que efectúa el personal de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción antes del parto.	Cualitativo Nominal	Número de atenciones prenatales inscrito en el SVP	< 6 atenciones ≥ 6 atenciones

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Diseño metodológico:

3.1.1 Método de investigación:

Se realizó un diseño epidemiológico relacional de las madres adolescentes con el fin de conocer la morbilidad materna y la prematuridad.



3.2 Diseño muestral:

3.2.1. Población:

La población corresponde a todas las mamás adolescentes que dieron a luz en el Hospital Apoyo Iquitos, años 2018 - 2019, encontrando un registro de 680 partos de adolescentes.

3.2.2. Muestra:

La muestra se calculó según fórmula de casos y controles:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{c+1} p(1-p) + z_{1-\beta} \sqrt{c p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

- Una idea del valor aproximado del odds ratio que se desea estimar (w)
- La frecuencia de la exposición entre los casos (p_1)
- La frecuencia de la exposición entre los controles (p_2)
- Frecuencia de exposición entre los controles: 30%
- Odds ratio previsto: 3

– Nivel de seguridad: 95%

– Poder estadístico: 80%

$$\text{Calculo de } p1 = wp2 / ((1-p2) + wp2) = 3 \times 0.3 / ((1-0.3) + 3 \times 0.3) = 0.56$$

$$\text{Calculo de } p = (p1 + p2) / 2 = (0.56 + 0.3) / 2 = 0.43$$

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2 \times 0.43 \times (1-0.43)} + 1.84 \sqrt{0.56 \times (1-0.56)} + 0.3(1-0.3)]^2}{(0.43-0.56)^2} = 104$$

La muestra fue de 104 casos y 208 controles, (2 controles por caso) en los grupos la unidad de análisis del estudio deberá cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.

El muestreo fue probabilístico los casos y controles se eligieron mediante tabla de números aleatorios.

a). Criterios de inclusión de Casos:

- Madre adolescente que se atendió en el HAI, años 2018 - 2019
- Madre adolescente con recién RN prematuro (< 37 semanas)
- Información completa de la historia clínica registrada en el Sistema de Gestión de Vigilancia Perinatal

b) Criterios de inclusión de Controles:

- Madre adolescente que se atendió en el HAI, años 2018 y 2019.
- Madre adolescente con R.N. a término (37 - 42 semanas)
- Información completa registrada en el Sistema de Gestión de Vigilancia Perinatal

c) Criterios de exclusión de los casos y controles

- Madre con atención del nacimiento, sin atenciones prenatales en el centro asistencial.

- Información incompleta registrada en el Sistema de Gestión de Vigilancia Perinatal
- Madres adolescentes con problemas mentales
- Madres adolescentes inmunodeprimidas.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Revisión de las historias clínicas:

La técnica que permitió la recolección de todos los datos obtenidos en las historias clínicas.

3.3.2 Técnica:

La técnica que se usó para esta investigación fue la recolección de datos de las historias clínicas a través de la información del Sistema de Gestión de Vigilancia Perinatal.

3.3.3 Instrumento:

3.3.2.1 Ficha de recojo de información:

En el instrumento se consigna tres ítems: primero la apariencia de recién nacido prematuro y a término con el fin de tener un estudio relacional; seguido se obtiene las particularidades sociodemográficas como edad de la joven, procedencia e instrucción, luego las características obstétricas como el IMC pregestacional, morbilidad en el embarazo y cantidad de atenciones prenatales.

Este instrumento que es una recopilación de información de la H.C. y el SVP, fue validada a mediante juicio de expertos.

3.3.4 Procedimiento de recolección de datos:

Luego de la autorización del Comité de Investigación y Ética del Hospital, se seleccionaron las H.C. de los casos y controles a través con los números aleatorios, se revisó su cumplimiento con los criterios de exclusión e inclusión, con los datos requeridos en el instrumento, posterior se calculará el tamaño muestral. (ANEXO N°03)

3.3.5 Procesamiento y análisis de datos

La información fue analizada mediante el software estadístico SPSS v23, para el análisis descriptiva se presentarán los resultados de las variables, se usarán tablas de frecuencia absoluta y relativa. La morbilidad y prematuridad en madres adolescentes fueron calculadas por los Odds Ratios con su respectivo intervalo de confianza, la significancia estadística será a través del Chi cuadrado, se presenta en tablas de contingencia.

Tipo de morbilidad	Prematuridad	RN a termino	Total
Morbilidad presente			
Morbilidad ausente			
Total			

OR= , IC95% , p= , FEP

3.3.6 Aspectos éticos

La investigación se ampara en las leyes de la ética y deontología médica, gracias a que no se pone en riesgo la vida de las personas, además será confidencial y anónima conservando así el derecho a la privacidad. Se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Apoyo Iquitos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas (edad materna, procedencia y grado de instrucción) de las madres adolescentes en relación con la prematuridad atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos enero 2018 a diciembre 2019.

Tabla 1: *Relación entre los factores sociodemográficos de las madres adolescentes con prematuridad atendidas en un hospital de nivel II Iquitos año 2018 - 2019*

Variables de estudio	RN prematuro (n=104)	RN no prematuro (n= 208)	OR	Ra%	IC al 95%	X ²	p
Edad materna en (años)			2.1	15.3	1.1 – 3.9	5.7	<0.02
Temprana / Media	89	153					
Tardía	15	55					
Lugar de procedencia			3.8	29.5	2.3 – 6.3	30	<0.001
Marginal/ Rural	68	68					
Urbana	36	140					
Grado de Instrucción			1.8	12.7	1.0 – 3.0	4.9	<0.050
Primaria	79	132					
Secundaria / Técnica / Superior	25	76					

Fuente: Autoría propia

Interpretación

La Tabla 1 muestra la correspondencia de los factores sociodemográficos de las madres adolescentes con la prematuridad en un hospital de nivel II Iquitos, los hallazgos sobre la edad materna indican, que las jóvenes temprana y media tienen el doble de riesgo (OR=2.1) de presentar RN prematuros, pudiendo llegar este riesgo a 3.9 mostrando una significancia estadística. En el lugar de procedencia las mujeres jóvenes área urbana tienen menor riesgo de tener niños prematuros que la rural – marginal con un riesgo de OR=3.8 pudiendo llegar a 6.3. Las mujeres adolescentes con estudios primarios tienen el 80% de presentar niños prematuros pudiendo llegar el riesgo a 3, con un X²= 4.9.

4.2 Relación entre los tipos de morbilidad materna con la prematuridad en madres adolescentes atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos enero 2018 a diciembre 2019.

Tabla 2: *Relación entre los tipos de morbilidad materna con prematuridad en madres adolescentes en un hospital de nivel II Iquitos año 2018 – 2019.*

Variables de estudio	RN prematuro (n=104)	RN no prematuro (n=208)	OR	Ra %	IC al 95%	X ²	p
ANEMIA			6.9	42.2	4.1 – 11.7	58	<0.001
Si	69	46					
No	35	162					
ITU			2.1	16.7	1.32 – 3.48	9.7	<0.005
Si	66	93					
No	38	115					
HIE			7.4	45	1.5 – 36.4	8.2	<0.005
Si	7	2					
No	97	206					
PRE ECLAMPSIA			3.3	29.4	1 – 10.6	4.8	<0.050
Si	8	5					
No	96	203					
ECLAMPSIA			3.0	27	1.1 – 8.2	5.2	<0.025
Si	10	7					
No	94	201					
RPM			14.4	56.8	4.8 – 43.1	35.6	<0.001
Si	23	4					
No	81	204					
INFECCIONES VAGINALES			1.7	12.3	1 – 2.8	4.05	<0.050
Si	34	46					
No	70	162					
Hemorragia primera mitad de gestación			1.9	15.3	1 – 3.4	5.0	<0.025
Si	27	32					
No	77	176					

Fuente: Autoría propia

Interpretación

La Tabla 2 muestra la relación entre las clases de morbilidad materna con prematuridad en madres jóvenes en un hospital de nivel II Iquitos, los hallazgos indican que las mamás jóvenes con anemia tienen el OR=6.9 veces de riesgo de tener hijos prematuros pudiendo llegar este riesgo a 11.7, con $X^2= 58$ muy alto al valor normal, el 42.2% se atribuye por ser anémica. Las mujeres adolescentes con ITU tienen el doble de riesgo OR=2.1 pudiendo llegar este riesgo a 3.48, con $X^2= 9.7$ con un riesgo atribuible de 16.7 por ser ITU. Las madres jóvenes que presentan hipertensión inducida por el embarazo tiene OR=7.4 veces de riesgo de tener un niño prematuro pudiendo llegar a 36 con una $X^2= 8.2$ presentando una significancia estadística. Las mujeres jóvenes con preclampsia tienen el triple de riesgo OR=3.3 de tener un hijo precoz pudiendo llegar el riesgo a 10.6, el 29.4% se atribuye por ser preclampsia teniendo una significancia estadística. Las jóvenes con eclampsia tienen el triple de riesgo de tener un hijo precoz OR= 3.0 pudiendo llegar este riesgo a 8.2, con una $X^2= 5.2$ y significancia estadística. Las jóvenes con RPM tienen OR=14.4 veces de riesgo pudiendo llegar este riesgo a 43.1 con $X^2= 35.6$, el 56.6% se atribuye por ser RPM. Las madres jóvenes con infecciones vaginales tienen el 70% del riesgo (OR=1.7) de presentar un hijo prematuro pudiendo llegar este a 2.8, el 12.3% se atribuye por ser infección vaginal y por último las adolescentes con hemorragia de la primera mitad del embarazo presentan el 90% del riesgo (OR= 1.9) de riesgo pudiendo llegar este riesgo a 3.4, con $X^2=5.0$ teniendo una significancia estadística.

4.3. Características Obstétricas (índice de masa corporal, y atención prenatal) de las madres adolescentes en relación con la prematuridad atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos enero 2018 a diciembre 2019.

Tabla 3: Relación entre los factores obstétricos de las madres adolescentes con prematuridad en un hospital de nivel II Iquitos año 2018 - 2019

Variables de estudio	RN prematuro (n=104)	RN no prematuro (n=208)	OR	Ra %	IC al 95%	X²	p
IMC			4.2	26	2.0 – 8.0	20	<0.001
Sobrepeso / obesidad	92	134					
Bajo peso / peso normal	12	74					
ATENCIÓN PRENATAL			10.5	52	5.0 – 19.0	71	<0.001
< 6 atenciones	55	20					
> 6 atenciones	49	188					

Fuente: Autoría propia

Interpretación

La Tabla 3 muestra la correspondencia entre los factores obstétricos de las madres adolescentes con la prematuridad en un hospital de nivel II Iquitos, los hallazgos indican, las madres adolescentes con sobre peso / obeso tienen 4 veces el riesgo de tener hijos prematuros pudiendo llegar este riesgo a 8.0 y las mamás jóvenes que no tienen sus controles prenatales completos tienen 10 veces el riesgo de tener un hijo prematuro pudiendo llegar este riesgo a 19.0 con una chi cuadrado muy alto de 71, siendo estadísticamente significativo

CAPITULO V: DISCUSION

La presente investigación fue un estudio relacional de las madres adolescentes con el fin de conocer la asociación entre morbilidad materna y prematuridad.

Los hallazgos muestran el enlace de los factores sociodemográficos de las madres jóvenes con prematuridad, que las adolescentes temprana y media tienen el doble de riesgo de presentar RN prematuros que la tardía (OR=2.1; Ra=15.3%; IC al 95% (1.1 – 3.9); $X^2=5.7$; $p=0.02$). Las mujeres jóvenes de la zona urbana tienen menor riesgo de tener niños prematuros que la zona rural – marginal con un riesgo de 3.8 veces (OR= 3.8; Ra=29.5%; IC al 95% (2.3 – 6.3); $X^2=30$; $p=0.001$) y las que presentan estudios primarios tienen el 80% del riesgo de presentar niños prematuros (OR=1.8; Ra=12.7%; IC al 95%(1.0 – 3.0); $X^2=4.9$; $p=0.050$). Dichos resultados se complementan con **Pérez Curto (2015)** en su investigación “Factores de riesgo influenciados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García” se observó que las mamás proceden mayormente del área rural ($p=0.035$), sin ningún grado de educación y con grado de educación primario ($p=0.004$). Se asemeja con lo que señala **Saavedra H. (2015)** en su investigación “Factores relacionados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas – Loreto” presentó que las madres proceden de la zona rural tienen (OR=1.39) y zona urbano marginal (OR= 2.16) presentando un mayor riesgo significativo ($p=0.011$) y las mamás que presentaron mayor periodicidad en niños precoces fueron entre: las menores de 20 años (52.9%, $p=0.145$) pero en esta oportunidad las casadas (38.5%, $p=0.521$); con grado de educación primario (66.7%, $p=0.343$) pero no hay significancia estadística. El estudio también coincide con **Arévalo A. (2016)** en su investigación “Factores asociados a nacimientos prematuros en el Hospital II – 2 de Tarapoto – San Martín” observó que los elementos relacionados a nacimientos precoces fueron: madres entre 20 - 34 años (65.5%), procedente de la zona urbano marginal (44.6%), son convivientes (54.0%) y de nivel de instrucción secundaria (48.7%). Se completa con el estudio de **Moreno O. (2016)** en su investigación “Factores maternos y obstétricos influenciados a nacimientos pretérmino en el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” se evidenció que los elementos que se relacionan a parto prematuro fueron: la zona rural (OR = 3.64, $p=0.023$) mostrando una significancia estadística.

Los siguientes hallazgos muestran el enlace entre los tipos de morbilidad materna con prematuridad, en que las madres adolescentes con anemia tienen 6.9 veces de peligro de tener hijos prematuros (OR= 6.9; Ra= 42.2%; IC al 95% (4.1 – 11.7); $X^2= 58$; $p=0.001$). El resultado obtenido coincide con **Chira J. y col. (2015)** en su investigación “Factores de peligro de parto precoz en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque” mostró que la anemia tiene un 90% de riesgo de tener un niño prematuro (OR: 1.90 (1.02-3.15) $p: 0.040$). Se asemeja con **Pérez Curto (2015)** en su investigación “Factores de riesgo influenciados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García” observó que la morbilidad en el embarazo como la anemia ($p=0.037$) se relaciona con la precocidad. También se coincide con **Arévalo A. (2016)** en su investigación “Factores concernientes a parto prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto – San Martín” presentando que una causa de morbilidad fue la anemia en (23.6%) y se encontró relación de protección con nacimientos prematuro en (OR 4.10; $p=0.586$) pero no mostrando significancia estadística. Las mujeres adolescentes con ITU tienen el doble de peligro de tener niños prematuros (OR=2.1; Ra=16.7%; IC al 95% (1.32 – 3.48); $X^2= 9.7$; $p= 0.005$), mostrando una significancia estadística y por último a las adolescentes con RPM que tienen 14 veces de peligro de precocidad (OR=14.4; Ra= 56.8%; IC al 95% (4.8 – 43.1); $X^2=35.6$; $p=0.001$) con un χ^2 alto. Dichos resultados coinciden con **Chira J. y col. (2015)** en su investigación “Factores de riesgo de alumbramientos pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque” observó factores preconcepcional de riesgo para alumbramientos pretérmino, presentado como la morbilidad la ITU con un OR: 2.68 (1.54-4.67); $p: 0,000$; la RPM un riesgo de 7 veces (OR: 7.22 (3.26-15.95) $p: 0,0000$, los que nos indica en ambos una significancia estadística. Se complementa con **Pérez Curto (2015)** en su investigación “Factores de peligro relacionados con prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García” teniendo como el resultado la ITU ($p=0.049$), que también se relacionó con la prematuridad. Se asemeja con **Arévalo A. (2016)** en su estudio “Factores asociados a nacimiento prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto – San Martín” observó una morbilidad asociada protectora como infección urinaria (OR 1.70; $p=0.135$), y la que no presentó riesgo fue RPM (OR

0.39; $p = 0.059$) no mostrando significancia. Otro estudio indica **Moreno O. (2016)** en su investigación “Factores maternos y obstétricos asociados a nacimientos pretérminos en el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” observó RPM (OR = 13.5, $p = 0.002$), se relaciona con el nacimiento precoz. Se complementa con **Guadalupe S. (2017)** en su investigación “Factores de riesgo relacionados a partos pretérmino en adolescentes hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano” observó la ITU, y la RPM tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser elementos de peligro para nacimiento precoz (OR=2.579). se completa con dicho estudio de **Martínez G., y col (2017)** en su investigación componentes de riesgo relacionados con partos pretérminos en jóvenes hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano” mostró que los factores de peligro estadísticamente significativos para parto prematuro fue la RPM. Y por último se complementa con **Talledo M. (2018)** en su investigación “Servicio de Obstetricia del Hospital de Sullana” observó elementos de riesgo materno asociado a la prematuridad como la ITU. Las mujeres adolescentes que presentan hipertensión inducida por el embarazo tiene 7.4 veces de riesgo de tener un niño precoz (OR= 7.4; Ra= 45%; IC al 95% (1.5 – 36.4); $X^2= 8.2$; $p=0.005$), presentando significancia. Las mujeres adolescentes con preclampsia tienen el triple de riesgo de tener un hijo precoz (OR= 3.3; Ra= 29.4%; IC al 95% (1.0 – 10.6); $X^2= 4.8$; $p= 0.050$). Al igual que las adolescentes con eclampsia también tienen el triple de peligro de tener un hijo precoz (OR= 3.0; Ra= 27%; IC al 95% (1.1 – 8.2); $X^2= 5.2$; $p= 0.025$). Las madres adolescentes con infecciones vaginales tienen el 70% de peligro de mostrar un hijo precoz (OR= 1.7; Ra=12.3%; IC al 95% (1.0 – 2.8); $X^2= 4.05$; $p= 0.005$). y por ultimo las adolescentes con hemorragia de la primera mitad del embarazo presentan el 90% de peligro de tener un hijo precoz (OR= 1.9; Ra= 15.3% IC al 95% (1.0 – 3.4); $X^2= 5.0$; $p= 0.025$). El resultado obtenido coincide con **Pérez Curto (2015)** en su investigación “Factores de riesgo influenciados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García” presentó que la preclampsia ($p=0.031$) se relacionaron significativamente con niños pretérmino. Tal como lo señala **Saavedra H. (2015)** en su investigación “Factores relacionados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas – Loreto” presentó que la hipertensión inducida por la gestación (OR .51; $p = 0.01$) y pre eclampsia (OR 5.4; $p= 0.02$) también presentaron significativamente recién nacido

precoz. Se añade el estudio de **Arévalo A. (2016)** en su investigación “Factores concernientes a parto prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto – San Martín” observó que las mamás sin morbilidad asociada tienen un OR protector hipertensión inducida del embarazo (OR= 4.77; p = 0.590) presentaron un mayor riesgo de parto prematuro, pre eclampsia (OR 0.56; p= 0.205) y eclampsia (OR 0.43; p= 0.183) tienen OR protectivos respectivamente. Y por último también lo señala **Ahumada M. y col. (2016)** en su investigación “Factores de riesgo de parto pretérmino” presentó que un elemento de peligro para recién nacidos precoces fue preeclampsia (OR= 1,9; p= 0,005).

Los últimos hallazgos muestran la relación de los factores obstétricos de las mamás jóvenes con prematuridad, presentando un alto riesgo de sobre peso / obeso que tienen 4.2 veces el riesgo de tener hijos prematuros (OR=4.2; Ra= 26%; IC al 95% (2.0 – 8.0); $X^2= 20$; p= 0.001) y las madres jóvenes que no tienen ningún control prenatal presentan 10.5 veces el riesgo de tener un hijo prematuro (OR=10.5; Ra= 52%; IC al 95% (5.0 – 19.0); $X^2= 71$; p= 0.001). El resultado coincide con investigación de **Pérez Curto (2015)** “Factores de riesgo relacionados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García” observó que madres con < 6 CPN (p=0.001) presenta relación significativa con prematuridad. Se complementa con **Saavedra H. (2015)** en su investigación “Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas – Loreto” observó que las madres con < 6 CPN tuvieron un OR =2.43 (p=0.008) para presentar recién nacido prematuro. Coincidiendo también con **Moreno O. (2016)** en su investigación “Factores maternos y obstétricos relacionados a parto pretérmino en el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” observó que madres < a 6 controles (OR = 2.54, p =0.009) se relaciona con parto prematuro. Se añade con **Quispe M. (2016)** en su investigación “complicaciones del embarazo, el parto y puerperio en gestantes obesas del hospital Regional Honorio Delgado Espinoza” observó el sobrepeso materno que tuvo un OR=4.73 de presentar RN prematuros, mientras que las embarazadas obesas tuvieron un OR=8.40 para presentar un RN precoz. Otro estudio coincide con **Ahumada M. y col. (2016)** en su investigación “Factores de riesgo de parto pretérmino” observó control prenatal insuficiente (< 6 controles) (OR= 3,2; p <0,001) están vinculados al parto pretérmino. Se añade la investigación de **Talledo M. (2018)** en su investigación “Servicio de Obstetricia del Hospital de Sullana” observó El

CPN insuficiente con OR=2.02 (IC: 1.09- 3.74), es un elemento asociado con el parto pretérmino. Y por último se complementa con **Cornejo D. (2019)** en su investigación “Factores de riesgo obstétricos que se relacionan con la prematuridad en jóvenes auscultadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” observó que los CPN ($p=0.000$) son significativos en la prematuridad. Tal como lo señala **Vergara A. (2020)** en su investigación “Factores asociados a prematuridad en recién nacidos por cesárea a causa de preeclampsia en el servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales” observó que las variables significativas fueron la clasificación del peso al nacer (RP 2.63, IC: 1.8-3.85, $p=0.0001$) y la insuficiencia de controles prenatales (RP 1.13, IC: 0.67-1.91, $p=0.648$).

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

Del estudio relacional de las madres adolescentes con prematuridad se concluye que los principales factores asociados con la precocidad son:

1. El elemento de riesgo de mayor importancia en los factores sociodemográficos fue: Marginal / rural presentando el triple de riesgo de tener niños prematuros, mostrando una significancia estadística.
2. Los elementos de riesgos de mayor importancia en la tipología de morbilidad son la RPM presentando un riesgo de 14.4 veces más de tener niños prematuros, también está la Hipertensión Inducida por el embarazo presentando un peligro de 7.4 veces más de tener niños prematuros y por último la anemia mostrando un riesgo de 6.9 veces más de tener niños prematuros.
3. Los elementos de riesgo de mayor importancia en los factores obstétricos son el IMC en mamás jóvenes sobre peso/obeso presentando un riesgo de 4.2 veces de tener niños prematuros y la atención prenatal en mamás con < 6 atenciones presentando un peligro de 10.5 veces de tener hijos prematuros.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

Los hallazgos en el presente estudio nos permiten recomendar a la institución:

- Recomendar a la Diresa contribuya con el I nivel obligatoriamente con la función de poder evaluar y transferir a las madres adolescentes de una zona rural con el objetivo de disminuir la prematuridad.
- Recomendar a la Diresa que exija al primer nivel que sea más estricto en los controles prenatales para todas las gestantes adolescentes con la finalidad de disminuir la prematuridad.
- Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.
- Sugerir a los centros de salud y a las postas de salud detectar los signos y síntomas de la anemia, rotura prematura de membrana, hipertensión inducida en el embarazo en el momento oportuno para realizar un manejo adecuado y disminuir un parto pretérmino en gestantes adolescentes.
- Los centros de salud, las postas de salud deben detectar, evaluar, y sensibilizar los diferentes estilos de vida de las gestantes jóvenes en todos los aspectos de nutrición, ejercicios y las conductas de salud durante el embarazo.
- Es importante sensibilizar y realizar control prenatal a todas las gestantes adolescentes en general, así como las visitas domiciliarias con el objetivo de disminuir la prematuridad.

CAPITULO VIII: FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Online].; 2018 [cited 2021 mayo 28. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail /preterm-birth](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/term-birth).
2. Reuter, S., Moser, C. y Baack, M. Respiratory distress in the newborn. *Pediatr Rev*, pp 417 - 429. 2014; 35(10).
3. Ota Nakasone, A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Rev. Peru Ginecol Obstet.* pp. 415 - 422. 2018; 64(3).
4. Ovalle, A. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Revista Médica de Chile*, pp. 19 - 29. 2014; 1(40).
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Maternidad en las Adolescentes de 15 a 19 años de edad. Sobre la base de los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima, Perú; 2018.
6. UNICEF. La Situación de las Niñas, Niños y Adolescentes en Loreto. Primera edición ed. Lima, Perú; 2019.
7. Ortiz Martínez Roberth Alirio, Otalora Perdomo Mayra Fernanda, Delgado Ana Bolena Muriel, Luna Solarte Diego Andrés. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2018; 83 (5): 478-486.
8. Zambrano salas, P. Características perinatales del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018 Ucayali, Perú: Universidad Nacionanl de Ucayali; 2018.
9. MINSA. [Online]. Available from: <https://elperuano.pe/noticia/104213-minsa-en-el-peru-12-de-cada-100-adolescentes-estan-embarazadas-o-ya-son-madres>.
10. Chira JL y Sosa, JL. Factores de riesgos para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. *Rev. Salud y Vida Sipanense.* 2015; 2(2: 7 - 18).

11. Pérez Curto, M. Factores de riesgos asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, enero a diciembre 2014. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana Iquitos, Lima; 2015.
12. Saavedra Casternoque, H. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, julio a diciembre 2014. [Tesis] Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana; 2015.
13. Arévalo Saavedra, A. Factores asociados a parto prematuro en el Hospital II-2 de Tarapoto, julio 2014 a junio 2015. [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.
14. Moreno Soto, O. Factores maternos y obstétricos relacionados a parto pretérmino en el Hospital Felipe Arriola Iglesias; de la ciudad de Iquitos – Loreto de enero a diciembre 2015. [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana Iquitos, Perú; 2016.
15. Quispe chipana, A. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio en gestantes obesas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017. [Tesis]. Universidad San Agustín Arequipa, Perú; 2018.
16. Ahumada-Barrios, ME, Alvarado, GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Online].; 2016 [cited 2021 mayo 28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>.
17. Guadalupe Huamán, S. Factores de riesgos asociados a parto pre término en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. [Tesis] Universidad Ricardo Palma Lima, Perú; 2017.
18. Martínez-Cancino, G., Díaz-Zagoya, J. y Romero-Vásquez, A. Factores de riesgos asociados a parto pretérmino en adolescentes Salud en Tabasco. 2017; 23(1-2):13-18.
19. Checasaca Mayta, N. Infección urinaria materna y su relación con la prematuridad, el bajo peso al nacer y anomalías congénitas, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, marzo 2015 a febrero 2016. [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú; 2017.

20. Talledo Flores, M. Factores de riesgos maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio – Diciembre 2016 [Tesis]. Universidad Nacional de Piura Piura, Perú; 2018.
21. Santillán Arcentales, Melissa.. Embarazo adolescente, prematuridad y bajo peso al nacer del recién nacido en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015-2016 [Tesis]. Universidad Nacional de Ucayali Ucayali, Perú; 2018.
22. CornejoTorres, D. Factores de riesgos obstétricos que se relacionan a prematuridad en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2018. [Tesis] Universidad Privada San Juan Bautista; 2019.
23. Vergara Mendoza, A. VM. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019. [Tesis] Universidad Ricardo Palma Lima, Perú; 2019.
24. Gavelán Huaman, Z. Prevalencia de complicaciones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Tumán, período 2016, [Tesis] Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo; 2018.
25. Gutiérrez Ramos, M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018; 64(3) 405-413.
26. Ramos Torres, G. Factores de riesgos asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero – diciembre del año 2015. [Tesis]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Lima, Perú; 2016.
27. Espinoza Reyes, M., Peña Carrillo, J. Factores relacionados con la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo II-1. Tumbes 2016. [Tesis]. Universidad Nacional de Tumbes Tumbes, Lima; 2016.
28. Lima Orosco, N. Factores de riesgos desencadenantes del parto pretérmino en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016. [Tesis]. Universidad Nacional de Huancavelica Huancavelica, Perú; 2018.

29. Ordoñez Abad, S. relación entre la infección urinaria en gestantes y la prematuridad de neonatos del servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2015. [Tesis]. Universidad de Huánuco Huanuco, Perú; 2015.
30. Quispe López, M. Sobrepeso y obesidad pregestacional como condición asociada a prematuridad en el Hospital III Goyeneche durante el quinquenio 2011 - 2015,[Trabajo]. Universidad Católica de Santa María Arequipa, Perú; 2016.

ANEXOS N°01: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema General.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores.	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
<p>MORBILIDAD MATERNA Y PREMATURIDAD EN MADRES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS ENERO 2018 A DICIEMBRE 2019</p>	<p>Formulación del Problema ¿Cuál es la relación entre la morbilidad materna y prematuridad en madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, años 2018 y 2019?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación que existe entre la morbilidad materna y prematuridad en madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, años 2018 y 2019.</p> <p>Objetivos Específicos . Relacionar los factores sociodemográficos (edad materna, lugar de procedencia y grado de instrucción) de las madres adolescentes con la prematuridad atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos. . Relacionar la morbilidad materna de las madres adolescentes con la prematuridad atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos</p>	<p>H₁: Existe asociación entre prematuridad y madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, entre los años 2018 y 2019</p> <p>H₀: No existe asociación entre prematuridad y madres adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos, entre los años 2018 y 2019.</p>	<p>Variable Dependiente Prematuridad</p> <p>Variable Independiente: Características sociodemográficas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Procedencia ▪ Nivel de instrucción <p>Características obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IMC pregestacional ▪ Atenciones prenatales <p>Morbilidad Materna</p> <ul style="list-style-type: none"> .. Anemia .. ITU .. Preeclampsia .. RPM .. HIE 	<p>Diseño epidemiológico o relacional</p>	<p>Técnica de revisión de historias clínicas de la madre y perinatal en el Sistema de gestión de vigilancia Perinatal</p>	<p>Gestantes adolescentes atendidas en el HAI entre los años 2018 y 2019, encontrando un registro de 680 partos de adolescentes</p> <p>Muestra: Será de 104 casos y se tomará 2 controles por cada caso, 208 controles, en ambos grupos la unidad de estudio deberá cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.</p>

Título	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	VARIABLES e indicadores.	Diseño de investigación .	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
		. Relacionar los factores obstétricos (IMC, atenciones prenatales) de las madres adolescentes con la prematuridad atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos		.. Infecciones vaginales .. Otros			

ANEXO N°02: Ficha de recolección de datos

Anexo N° 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS MORBILIDAD MATERNA Y PREMATURIDAD EN MADRES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS ENERO 2018 A DICIEMBRE 2019

1. Recién nacido

RN prematuro ()

RN no prematuro ()

2. Características sociodemográficas de la madre adolescente:

Edad: 1. 10- 13 años 2. 14 a 16 años 3. 17 a 19 años

Procedencia: 1. Urbano 2. Marginal 3. Rural

Nivel de instrucción: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica 4. Superior

3. Características obstétricas de la madre adolescente:

IMC pregestacional:

1. Bajo Peso: IMC < 18.5
2. Normal: IMC 18.5 – 24.9
3. Sobrepeso: IMC 25 – 29.9
4. Obesidad: IMC > 30

Número de atenciones prenatales: ° Menos de 6 / ° 6 a más atenciones

4. Morbilidad materna durante el embarazo

- Anemia 1. Si 2. No
- ITU 1. Si 2. No
- HIE 1. Si 2. No
- PE: 1. Si 2. No
- Eclampsia: 1. Si 2. No

- Hiperémesis gravídica: 1. Si 2. No
- RPM 1. Si 2. No
- Infecciones Vaginales 1. Si 2. No
- Malaria, dengue, leptospirosis 1. Si 2. No
- Hemorragia de la primera mitad del embarazo 1. Si 2. No
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo 1. Si 2. No
- Otros:

ANEXO N° 03: Constancia de Comité Institucional de Ética – Hospital Apoyo Iquitos.



"Año de la Universalización de la Salud"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 018-CIEI-HICGG-2020

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "César Garayar García" Certifica que el proyecto de investigación señalado a continuación, fue APROBADO para el consentimiento de estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON BAJO RIESGO, visto el resumen y los objetivos del Proyecto de Investigación, se detalla los siguientes datos :

Título del Proyecto: "MORBILIDAD MATERNA Y PREMATURIDAD EN MADRES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS, DE ENERO 2018 A DICIEMBRE 2019"

Código de Inscripción: 018-ID-COMITÉ DE ÉTICA HICGG – 2020

Modalidad de Investigación: Extra Institucional

Investigador Principal: Bach. Med. Janeth Gómez Loayza

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El Investigador alcanzará un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (1 año calendario) hasta el 28 de diciembre del 2021. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 28 de diciembre del 2020

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
OFICINA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

MILMORDES S. SINDICATO PERSONAL DONADO
PRESIDENTE
COMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACION