

#### Cómo citar el artículo

Barrera Sánchez, L.F.; Manrique Abril, F.G. & Ospina Díaz, J.M. (2016). Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 48, 215-227.

Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/769/1295>

## Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá\*

### Factors Associated to the Preterm Birth in Adolescents of the City of Tunja, Boyacá (Colombia)

### Facteurs liés à l'accouchement prématuré chez adolescents de la ville de Tunja (Boyacá-Colombie)

---

\* Los autores expresan su agradecimiento a los directivos y trabajadores de la salud del Hospital San Rafael de Tunja, que colaboraron en la captura de datos, así como a las jóvenes madres que con muy buena voluntad accedieron a participar en el estudio.

**Lina Fernanda Barrera Sánchez**

Enfermera

Magister en Salud Pública

Docente asistente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

linafernandabarrera@gmail.com

**Fred Gustavo Manrique Abril**

Enfermero

PhD. Salud Pública

Docente asociado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Profesor titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá

fgma75@gmail.com

**Juan Manuel Ospina Díaz**

Médico cirujano

Magister en Epidemiología

Docente titular de la Escuela de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

juan.ospina@uptc.edu.co

**Recibido:** 26 de agosto de 2015**Evaluado:** 6 de abril de 2016**Aprobado:** 12 de abril de 2016**Tipo de artículo:** Investigación científica y tecnológica**Resumen**

Diversos estudios han comprobado que el embarazo precoz en jóvenes adolescentes se asocia significativamente con el parto pretérmino. El presente estudio se propone describir factores posiblemente asociados al parto pretérmino (PP) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja, en 2010. Se trata de un estudio de corte transversal, observacional analítico. Se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron PP. Se registraron datos básicos y de interés de la historia clínica, previa aprobación por parte del Comité de Ética de esa institución. Se ensambló una base de datos en el programa SPSS, se adelantó un análisis univariado y se exploró la fuerza de asociación con miras a relacionar los posibles factores que con más frecuencia se encontraron asociados al parto pretérmino en jóvenes adolescentes. Los resultados arrojan una prevalencia de PP 6,1%; media de edad 17,3 años (SD=1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). 35,3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% asistió de 7 a 9 controles. En conclusión, el PP ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el PP son hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad.

**Palabras clave**

Embarazo adolescente, Factores de riesgo, Parto pre-término.

**Abstract**

Different studies have shown that teenage pregnancy is associated to preterm birth. This study is aimed at describing some factors possibly associated to preterm birth for a population sample of pregnant young women, in the San Rafael Hospital (Tunja-Colombia) in 2010. The study performed is cross-observational-analytic. Medical records were reviewed for 30 young women that received obstetrics attention and experienced preterm birth. After having received authorization from the ethics committee of this hospital, primary and particular data were registered and a database was constructed in SPSS program. A univariate analysis was performed and was explored the association strength in order to relate the factors more commonly found in preterm birth for teenage pregnancy. The results show a prevalence of preterm birth of 6.1%, mean age 17.3 years old (SD=1.76, range: 14-20); birth age range 22-37 weeks. Associated to preterm birth were identified urinary infection (30.5%), vaginitis (26.7%), anemia (23.3%), and pre-eclampsia (20%). 35.3% drank alcoholic beverages during pregnancy. Regarding prenatal controls, 40% attended 0 to 3 controls, 33.3% attended 4 to 6 controls and 26.7% attended 7 to 9 controls. In conclusion, preterm birth occurred for 6.1% of the pregnant teenagers. The main factors that seem to be related to preterm birth are hemorrhage, low attendance to prenatal controls, pre-eclampsia and low level of education.

## Keywords

Teenage pregnancy, Risk factors, Preterm birth.

## Résumé

Plusieurs études ont vérifié que la grossesse précoce chez adolescentes est liée d'une manière significative par l'accouchement prématuré. L'objectif de cet étude est de décrire facteurs probablement liés à l'accouchement prématuré chez une échantillon de adolescents gestantes, soignées dans l'Hôpital San Rafael de Tunja, dans l'année 2010. C'est une étude de type transversale, observationnel et analytique. On a révisé les dossiers de santé de 30 adolescentes de la ville de Tunja qui ont assisté au service obstétrique et ont eu accouchement prématuré. Avec autorisation du comité d'éthique de l'Hôpital on a trouvé des données de basse et d'intérêt dans ces dossiers. On a assemblé une base de données sur le logiciel SPSS et on a réalisé une analyse univariée et on a exploré la force d'association en vue de mettre en relation les possibles facteurs qu'on a trouvés souvent liés à

l'accouchement prématuré chez les adolescentes. Les résultats donnent une prévalence d'accouchement prématuré de 6.1%, âge moyenne 17.3 années (déviation standard=1.76 ; rang 14-20) ; rang d'âge gestationnelle 22-37 semaines. On a identifié, liés à l'accouchement prématuré, infection des voies urinaires (30.5%), vaginite (26.7%), anémie (23.3%) et éclampsie (20%). Le 35.3% a consommé des boissons alcoolisées pendant la grossesse. Par rapport aux contrôles prénataux, 40% a assisté à 4-6 contrôles et 26.7% a assisté à 7-9 contrôles. En guise de conclusion, l'accouchement prématuré a arrivé dans 6.1% des gestations chez adolescentes. Les facteurs principaux qui s'insinuent comme liés à l'accouchement prématuré sont l'hémorragie, bas assistance aux contrôles prénataux, éclampsie et bas niveau de scolarité.

## Mots-clés

Grossesse adolescente, Facteurs de risque, Accouchement prématuré.

## Introducción

Desde hace varias décadas se reconoce a la adolescencia como una etapa vital, que no se limita al simple tránsito de la niñez a la condición de adulto joven; en el plano comportamental ocurren cambios significativos, entre ellos se destaca una clara intencionalidad de los jóvenes encaminada a la reafirmación de la independencia.

Uno de los mecanismos con más frecuencia percibidos se centra en el rechazo tácito y explícito de las escalas de valores convencionales instituidas por padres, tutores e instituciones, tanto educativas como de gobierno, razón por la cual no es extraño que la adolescencia sea reconocida como aquella época de la vida en la que con más frecuencia ocurre la experimentación de interacción social matizada por ensayos en el consumo de psicoactivos y prácticas sexuales (Manrique, Ospina & Ubaque, 2011). Lamentablemente, las tasas de empleo de métodos anticonceptivos seguros son muy bajas en las jóvenes del grupo entre 14 y 19 años (Ospina & Manrique, 2007), dado que ellas, y los adolescentes en general, deben desenvolverse en el seno de una revolución tecnológica, que favorece y estimula profundas modificaciones en la concepción y práctica de la sexualidad. Se reconoce entonces que la mayoría de riesgos que asumen los adolescentes están signados por factores culturales y socioeconómicos (Bonell, Strange, Stephenson, Oakley, Copas & Forrest, 2003).

El embarazo en adolescentes ha sido considerado como una condición clínica que conlleva riesgos adicionales demostrados en algunos estudios, los cuales se traducen, principalmente, en mayor morbimortalidad, tanto materna como fetal. Las

principales complicaciones reportadas se refieren a enfermedad hipertensiva del embarazo, crecimiento intrauterino retardado, infección de las vías urinarias, anemia, parto pretérmino (PP) y bajo peso del recién nacido (López, Franco, Muñoz & González, 2010).

Se han encontrado como factores asociados al embarazo adolescente la menarquia cada vez más temprana, el paulatino rechazo al matrimonio como mecanismo social de convivencia con una pareja, la utilización inadecuada e incorrecta de métodos anticonceptivos y la pobreza, pues para muchas menores maltratadas y/o abusadas, el embarazo se plantea como una puerta de escape de hogares descompuestos o ambientes hostiles (Bojanini & Gómez, 2004).

El embarazo adolescente se perfila para el siglo XXI como uno de los principales problemas de salud pública, que hace prever costos y riesgos elevados por ocurrir en niñas, no preparadas en las esferas física, emocional, económica y social para afrontar esta responsabilidad. Más del 10 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes (Maddaleno & Morello, 2003).

Se estima que, en 2009, 16 millones de adolescentes mujeres, con edades entre 15 y 19, dieron a luz. Se cree, además, que 95 % de esos partos ocurrieron en países en desarrollo. El embarazo y parto adolescentes representan el 11 % de todos los nacimientos a nivel mundial, aunque se reconoce que hay significativas diferencias en las regiones, que oscilan entre 2 % en China hasta 18 % en América Latina y el Caribe (OMS, 2009).

218

El alto riesgo reproductivo asociado a una edad materna menor de 18 años se reporta para Colombia en 9,9 % de gestaciones en el área urbana y 11,1 % en la rural. Aproximadamente 1 de cada 5 jóvenes entre los 15 y los 19 años ya ha tenido al menos un embarazo. Del total de partos prematuros ocurridos en el país, 10 % ocurrieron en adolescentes menores de 19 años (PROFAMILIA, 2010).

El nacimiento prematuro o parto pretérmino (PP) se produce antes de las 37 semanas completas y después de las 22 semanas de gestación. Las adolescentes se ven expuestas a desarrollar PP debido a riesgos de tipo biológico entre los que se destacan la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor femenino, infección de vías urinarias, anemia, preeclampsia o ruptura prematura de membranas, y factores psicosociales, tales como inestabilidad emocional, embarazo no deseado, bajo nivel educativo y necesidades básicas insatisfechas (Vázquez, Guerra & Herrera, 2001).

En Boyacá no se cuenta con información sistematizada y consistente sobre las características que describan los eventos y factores asociados al PP ligado al embarazo adolescente. En consecuencia, el objetivo general del presente estudio fue describir los posibles factores asociados al PP en gestantes adolescentes de Tunja atendidas en el Hospital San Rafael, durante el año 2010.

## Materiales y métodos

Se diseñó un estudio de corte transversal, observacional analítico. Inicialmente se elaboró una ficha para la captura de los datos. Luego se adelantó, en el sistema de registro institucional, una búsqueda sistemática de historias clínicas en las que la edad registrada de la madre fuese igual o menor a 20 años. La muestra obtenida fue de 494 registros de partos atendidos en el Hospital San Rafael de Tunja, durante el año 2010. Posteriormente, en estos 494 registros se identificaron los casos en los que el parto ocurrió antes de terminarse la semana 37 de gestación, estimada con base en la fecha de la última menstruación.

Los criterios de inclusión adoptados para adelantar el proceso de selección de las historias clínicas a analizar fueron: pacientes que asistieron a la institución para atención del parto y, según el registro, este ocurrió entre las semanas 22 y 37 de la gestación, durante el año 2010, procedentes de Tunja e incluidas en el rango de edad entre 13 y 20 años.

Previo consentimiento del Comité de Ética en Investigación del Hospital San Rafael de Tunja, se diseñó una matriz para el registro de datos de la historia clínica, la cual incluía, entre otras, las siguientes variables: edad; estado civil; nivel educativo; antecedentes personales de TBC, diabetes Mellitus, HTA, cirugía pélvica, número de embarazos, abortos, cesáreas; antecedentes familiares de diabetes Mellitus, TBC, embarazo gemelar, infarto agudo de miocardio, colelitiasis, cáncer; registro del número de controles prenatales; edad gestacional; hábitos tóxicos; embarazo múltiple; morbilidad durante el embarazo (sífilis, vaginitis, hemorragia, anemia, diabetes, infección urinaria); resultado final de la gestación; peso del recién nacido; ruptura prematura de membranas. Luego se ensambló una base de datos, que se analizó en el programa SPSS, permitiendo análisis univariado y luego se exploró fuerza de asociación entre variables predictores y PP, con el fin de establecer los factores predisponentes para PP en adolescentes.

219

## Resultados

Se registra que, del total de partos agenciados en 2010, 494 correspondieron a mujeres con edad igual o menor a 20 años. De ellos, 30 se dieron antes de completarse la semana 37 de la gestación; en consecuencia, la proporción de PP en adolescentes gestantes para el año 2010, en el Hospital San Rafael de Tunja, fue de 6.07 % (IC 95 % 3,866-8,280). Esta cifra es concordante con los registros históricos, pues en 2011, se registraron en Tunja 2601 partos, 612 en mujeres con edad igual o menor a 20 años, de los cuales 192 ocurrieron antes de terminar la semana 37 de gestación y el peso fue inferior a 2500 gramos; en 42 de estos últimos la edad de la madre era igual o inferior a los 20 años (6,86 %). De la misma manera,

durante el año 2012 ocurrieron 2615 partos, de los cuales 593 fueron en mujeres con edad igual o inferior a 20 años, de estos últimos, en 33 casos se cumplían los mismos criterios de inclusión respecto al peso del recién nacido y la duración de la gestación (5,56 %) (Secretaría de Protección Social, 2013).

La media de edad materna, en los casos de PP fue de 17,3 años (SD=1,7; rango 14-20 años). Dos registran tener 14 años, hecho que sugiere que mantuvieron relaciones sexuales antes de cumplir la edad mínima de consentimiento legal, 14 años, lo que podría llevar a presumir abuso sexual. La mediana y la moda alcanzaron los 18 años.

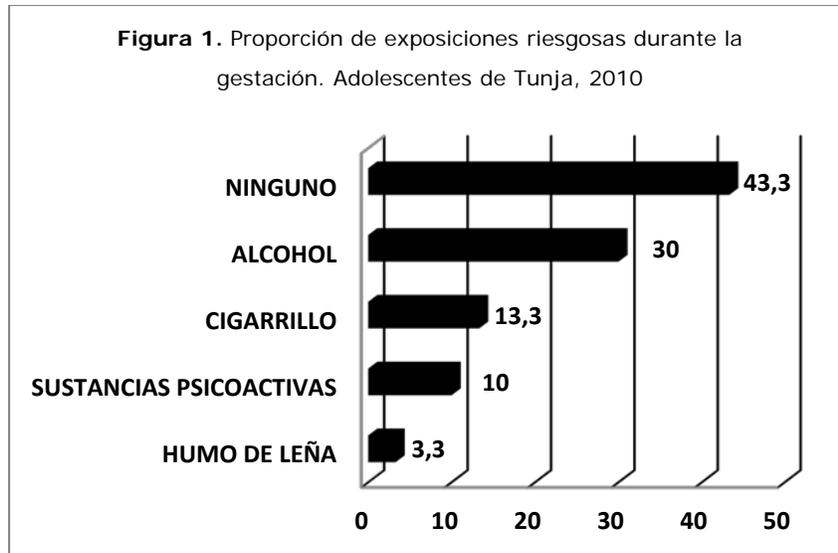
Dentro los antecedentes de tipo familiar de las maternas destacan la colelitiasis, cáncer, hipertensión arterial e infartos. En los antecedentes personales, el más significativo es el de la prematurez (tabla 1).

**Tabla 1.** Antecedentes de las adolescentes gestantes HSRT 2010

<b>ANTECEDENTE FAMILIAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Colelitiasis	2	6,67
Cáncer	1	3,33
Hipertensión arterial	1	3,33
Infarto	1	3,33
<b>ANTECEDENTE PERSONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Prematurez	3	10,00
Hipertensión arterial	1	3,33

17 de las adolescentes (56,6 %) manifestaron convivir con una pareja estable, la mayoría en unión libre (53,3 %). Llama la atención que en promedio las solteras manifiestan tener un año menos en promedio (16,7 años vs. 17,7). También es muy significativo el bajo nivel escolar de estas jóvenes, ya que el 63,3 % apenas alcanza el nivel de V grado de primaria o menos; 33,3 % grado XI o menos; y apenas 1 (3,3 %) ha ingresado a la universidad.

Se registraron antecedentes de exposición al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo, alucinógenos) en 53,3 % de las pacientes, mientras que 1 (3,3 %) reportó exposición sostenida al humo de leña. El consumo de alcohol fue el que con más frecuencia se registró (30 %), seguido del cigarrillo (13,3 %) y las sustancias alucinógenas (10 %). Todas las embarazadas en quienes se registró consumo de sustancias psicoactivas eran mayores de 18 años. La distribución proporcional de las exposiciones riesgosas se muestra en la figura 1.



Durante la gestación, se encontró que el 40 % de las pacientes asistió a entre 0 y 3 controles, 33.3 % asistió a entre 4 y 6 controles y 26.7 % registró de 7 a 9 controles. Resulta significativo el hecho de que las jóvenes cuyo parto ocurrió más precozmente (27-30 semanas) asistieron en promedio a 4,4 controles, mientras que las que tuvieron desenlaces más tardíos asistieron en promedio a menos controles: 3 controles en el grupo de 31-33 semanas y 2,2 controles en promedio en el grupo de 34-36 semanas. Este hecho sugiere la presencia precoz de complicaciones durante el transcurso de la gestación.

221

Las patologías con más frecuencia registradas fueron la vaginosis en 33,3 % de las gestantes, seguida por infección de vías urinarias IVU en 30 % de los casos. La edad de las mujeres más frecuentemente afectadas por procesos infecciosos estuvo entre los 14 y los 17 años, hallazgo que sugiere un bajo nivel de capacitación y preparación en términos de prevención. Otras complicaciones significativas durante el embarazo fueron anemia, ruptura prematura de membranas (RPM), preeclampsia y hemorragias (tabla 2).

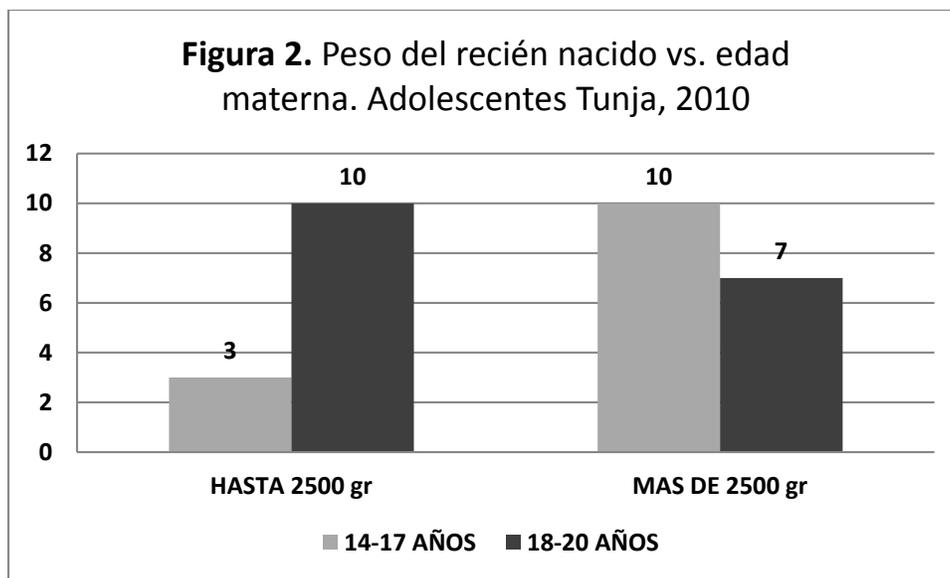
**Tabla 2.** Morbilidad durante el embarazo vs. edad gestacional. Adolescentes de Tunja. 2010

MORBILIDAD GESTACIONAL		EDAD GESTACIONAL						TOTAL (%)
		27-30 Sem	%	31-33 Sem	%	34-36 Sem	%	
SIFILIS	SI	2	14,3	0	0	0	0	2 (6,6)
	NO	12	85,7	11	100	5	100	
VAGINOSIS	SI	2	14,3	8	72,7	0	0	10 (33,3)
	NO	12	85,7	3	27,3	5	100	
ANEMIA	SI	3	21,4	3	27,3	1	20	7 (23,2)

	NO	11	78,6	8	72,7	4	80	
IVU	SI	3	21,4	4	36,4	2	40	9 (30,0)
	NO	11	78,6	7	63,6	3	60	
RPM	SI	4	28,6	2	18,2	0	0	6 (20,0)
	NO	10	71,4	9	81,8	5	100	
HEMORRAGIA	SI	2	14,3	3	27,3	0	0	5 (16,6)
	NO	12	85,7	8	72,7	5	100	
PREECLAMPSIA	SI	2	14,3	2	18,2	2	40	6 (20,0)
	NO	12	85,7	9	81,8	3	60	
IVU: infección de vías urinarias; RPM: ruptura prematura de membranas.								
Fuente: base de datos								

El registro de morbilidad en relación con la edad gestacional muestra ocurrencia de algunas patologías con mayor frecuencia: entre las 27 y 30 semanas, fue más frecuente la ruptura prematura de membranas (RPM) 46,4 %, seguida de la infección de vías urinarias (IVU); entre las semanas 31 a 34 de gestación, la patología más prevalente fue vaginosis con 26,4 % y, en segundo lugar, la IVU con 13,2 %. En el lapso de las semanas 34 a 36, IVU 6,6 % y anemia 3,3 %.

222



Fuente: base de datos

Un peso comprendido entre 2500 y 3500 gramos ocurrió en 17 bebés (56,6 %); 43,4 % pesó menos de 2500 gramos. En lo referido al resultado final del parto, 96,7 % fueron recién nacidos vivos que no precisaron ser llevados a la incubadora. Los

factores más frecuentes relacionados con los recién nacidos que registraron peso inferior a 2500 gramos se relacionan en la tabla 3.

**Tabla 3.** Factores relacionados con peso del recién nacido inferior a 2500 gr. Adolescentes de Tunja, 2010.

FACTOR	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 5 CONTROLES PRENATALES	11	84,6
CONVIVE CON PAREJA ESTABLE	9	69,2
CONSUME PSICOACTIVOS	8	61,5
EDUCACIÓN SECUNDARIA O MÁS	6	46,2
HEMORRAGIA	4	30,8
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	4	30,8
MÁS DE UNA GESTACIÓN	3	23,1
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	3	23,1
MENOR DE 18 AÑOS	3	23,1
PARTO POR CESAREA	2	15,4
PREECLAMPSIA	2	15,4
ANEMIA	2	15,4
Se registra la frecuencia absoluta y relativa de cada evento analizado		

## Discusión

La tasa de ocurrencia de PP registrada en este estudio es similar a la reportada en países europeos, particularmente en el Reino Unido, según estudio adelantado en Gales (United Kingdom, 2010); en estas evaluaciones secuenciales se ha registrado un aumento gradual de estas tasas, además, existe evidencia que soporta la idea de una mayor morbimortalidad fetal en estas gestaciones (Chen, Wen, Fleming, Demissie, Rhoads & Walker, 2007). En Colombia, se han reportado tasas globales de bajo peso al nacer desde 7,7 % en 2003 hasta 11 % en 2008 (Lizarazo, Ospina & Ariza, 2011).

La asociación entre una edad materna temprana y un nacimiento acompañado de complicaciones, como la prematurez y el bajo peso, se ha explicado en función de la inmadurez funcional de las estructuras ginecológicas y el consecuente momento de crecimiento del organismo materno que competiría con el feto por los nutrientes para apropiarse a su organismo las biomoléculas disponibles, aunque esta teoría ha sido cuestionada (Raatikainen, Heiskanen, Verkasalo & Heinonen, 2006). Otros factores que, solos o en combinación, se han encontrado asociados con estos resultados adversos son el bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, consumo de alcohol y una dieta inadecuada conducente a malnutrición (Akinbami, Schoendorf &

Kiely, 2000), hecho que nuestros resultados también sugieren, aunque sin solidez estadística confirmatoria.

En una proporción superior al 50 % de adolescentes gestantes incluidas en la muestra, se registraron patologías asociadas, lo que guarda relación con resultados reportados en otras regiones del subcontinente, en donde se señala, de manera constante, que la edad es un factor estrechamente asociado con los embarazos de alto riesgo, siendo este mayor en relación inversamente proporcional, con una menor edad materna (Manrique, Rivero, Ortunio, Rivas, Cardozo & Guevara, 2008).

Un hallazgo muy significativo en los resultados de este estudio tiene que ver con la frecuencia registrada de procesos infecciosos comunes como la afectación de las vías urinarias y vaginosis, que reflejan un bajo nivel de conocimientos y preparación para el abordaje responsable de la sexualidad en los adolescentes. Estos resultados son concordantes con lo reportado en un estudio similar adelantado en Pereira en 2009 (Quintero, Muñoz, Álvarez & Medina, 2010). Mucho más preocupante es el hallazgo de sífilis en una proporción significativa de las madres adolescentes (6,6 %), hecho que refleja que el control y la erradicación de esta patología entre los jóvenes aún se encuentran lejanos, si se tiene en cuenta que en otros estudios se hallan prevalencias incluso más altas y que, a nivel mundial, se reportan alrededor de 100 millones de casos anuales de infecciones de transmisión sexual curables y cerca de 4,1 millones de casos nuevos de infección por VIH, de los cuales una buena parte ocurre en adolescentes y adultos jóvenes (Cortés, Fiffe, García, Mezquía & Pérez, 2007).

La condición de anemia en adolescentes gestantes, generalmente, se identifica con la característica de tipo microcítica hipocrómica, consecuencia generalmente del déficit crónico en la ingesta de hierro, lo que sumado al hecho de que sea diagnosticada tardíamente, hace más difícil y complejo el tratamiento. Las irregularidades e inmadurez biológica en las adolescentes menores pueden coadyuvar a que esta condición se asocie con mayor frecuencia con bajo peso al nacer y PP (Banerjee, Pandey, Dutt, Sengupta, Mondal & Deb, 2009). Se ha reportado cierto tipo de sinergia en la condición de anemia, cuando esta confluye de manera simultánea con la condición de consumidora de tabaco, con lo cual el riesgo de PP o bajo peso al nacer se incrementa en un 40 % (Briggs, Hopman & Jamieson, 2007).

Algunos aspectos importantes a considerar en el embarazo adolescente tienen que ver con el estado anímico, el apoyo familiar o social que recibe la joven gestante y la intensidad de los llamados estresores psicosociales, los mismos que se expresan como situaciones de problemas económicos, agresión psicológica, física o sexual por parte de la pareja o la familia, eventos que, por lo general, registran mayor frecuencia en el caso de jóvenes gestantes que presentan PP o síndrome hipertensivo de la gestación (Muñoz & Oliva, 2007) debido a alteraciones de la microcirculación placentaria, particularmente en el caso de PP como una complicación en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel

socioeconómico, baja escolaridad e inestabilidad emocional<sup>15</sup> . Este hecho se corrobora en el presente estudio ya que nuestros resultados muestran que 63,3 % de las adolescentes apenas cursaron un nivel educativo primario, 43.3 % son solteras y 53.3 % conviven con una pareja en unión libre.

Diversos estudios han reportado que las hemorragias, especialmente durante el segundo y tercer trimestre reducen la edad gestacional, de manera que el parto puede ocurrir entre 5.1 y 6.4 semanas antes de la fecha (Sheiner, Bashiri, Shoham, Hershkovitz & Mazor, 2004). También se ha encontrado que los sangrados vaginales constituyen un significativo factor de riesgo para que se presente PP, especialmente en primíparas (Vélez, Baird, Hasan, Savitz & Hartmann, 2012). En el presente trabajo, en 16,6 % de PP se registró presencia de hemorragia alrededor de la 27 y hasta la 33 semana gestacional.

Si bien en algunos estudios se ha demostrado la relación entre ausencia de controles prenatales y PP, es evidente que la presencia de síntomas o signos tempranos de complicaciones es un factor que determina la frecuencia de los controles prenatales. En este sentido, el momento de la gestación en que se inician los controles y el número de ellos se han encontrado asociados con menos complicaciones (Graciete, Dos Santos, Martins & Da Silva, 2008), aunque no se demuestra que ellos reduzcan la incidencia de PP. De ahí la importancia de reforzar la vigilancia sobre la cantidad y calidad de las consultas a las que acuden las jóvenes gestantes (Schlenker, Dresang, Ndiaye, Buckingham & Leavitt, 2012). En la presente investigación se identificó una alta tasa de inasistencia a los controles prenatales dado que 40 % de las adolescentes gestantes asistieron apenas a un máximo de 3 controles prenatales.

Al correlacionar el consumo consuetudinario de alcohol, con la edad de las mujeres gestantes, se observó que hubo mayor frecuencia de consumo en la adolescencia tardía, en la cual el PP fue más frecuente. El consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo se reconoce como un riesgo elevado de importantes complicaciones obstétricas (Gwin, Schrader, Peters, Moreno, Thiel & Leslie, 2012); entre ellas destaca insuficiencia placentaria, retardo en el crecimiento intrauterino, desprendimiento precoz de la placenta, aborto espontáneo, muerte intrauterina y parto prematuro. Además, aumenta el riesgo de que los recién nacidos registren bajo peso, diversas anomalías congénitas y el síndrome de alcoholismo fetal (Lebel, Mattson, Riley, Jones, Adnams & May, 2012).

Dentro de las limitaciones del presente estudio cabe considerar en primer término que el tamaño de la muestra limita la validez estadística de las asociaciones que se reportan; otro inconveniente tuvo que ver con la inapropiada clasificación de los diagnósticos según el CIE 10 para ser almacenados en la base de datos del hospital, por tanto, la extracción de los datos de la base original fue compleja y retardó la investigación. Al revisar las historias clínicas, no se encontró la totalidad de los datos requeridos, en consecuencia, fue necesario contactar a las jóvenes madres para complementar la base de datos.

En conclusión, se encuentra una incidencia de parto pretérmino en la población estudiada que coincide con los reportes de otros estudios. En la exploración se insinúan como factores de riesgo más significativos para la ocurrencia del parto pretérmino, en primer lugar, procesos infectocontagiosos como infección de vías urinarias y vaginosis; en segundo término, factores relacionados con la fisiología y el desarrollo de las adolescentes gestantes: anemia, hemorragias, enfermedad hipertensiva; finalmente, como factores sociodemográficos, baja adherencia a los controles prenatales, pobreza, bajo nivel de escolaridad y consumo de alcohol.

## Referencias

- Akinbami, L.; Schoendorf, K. & Kiely, J. (2000). Risk of preterm birth in multiparous teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 154(11),1101-1107.
- Banerjee, B.; Pandey, G.; Dutt, D.; Sengupta, B.; Mondal, M. & Deb, S. (2009). Teenage pregnancy: A socially inflicted health hazard. *Indian J Community Med.* 34(3),227-231.
- Briggs, M.; Hopman, W. & Jamieson, M. (2007). Comparing pregnancy in adolescents and adults: Obstetric outcomes and prevalence of anemia. *J Obstet Gynaecol Can.* 29(7),546-555.
- Bojanini, J. & Gómez, J. (2004). Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Rev Col Obst Ginecol.* 55(2),114-121.
- Bonell, C.; Strange, V.; Stephenson, J.; Oakley, A.; Copas, A. & Forrest, S. (2003). Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy: development of hypotheses using baseline data from a randomized trial of sex education. *J Epidemiol Community Health.* 57(11),871-876.
- Chen, X.; Wen, S.; Fleming, N.; Demissie, K.; Rhoads, G. & Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 36(2),368-373.
- Cortés, A.; Fiffe, Y.; García, R.; Mezquía, A. & Pérez, D. (2007). Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 23(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100006&lng=es). (Consulta: 23-05-2013).
- Graciete, H.; Dos Santos, N.; Martins, M. & Da Silva-Souza, M. (2008). Gravidez na adolescência e fatores associados com baixopeso ao nascer. *Ver Bras Ginecol Obstet.* 30(5),224-231.
- Gwin, K.; Schrader, R.; Peters, K.; Moreno, A.; Thiel, K. & Leslie, K. (2012). An exploratory study of the variables impacting preterm birth rates in New Mexico. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12(53). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3411409/> (Consulta 22-05-2013).
- Lebel, C.; Mattson, S.N.; Riley, E.P.; Jones, K.L.; Adnams, C.M. & May, PA. (2012). A longitudinal study of the long-term consequences of drinking during pregnancy: heavy in uteroalcohol exposure disrupts the normal processes of brain development. *J Neurosci.* 32(44),1543-1551.
- Lizarazo, J.; Ospina, J. & Ariza, N. (2011). Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. *Rev Salud Pública.* 13(S1),32-45.

- López, N.; Franco, C.; Muñoz, M. & González, C. (2010). *¿Es el embarazo en adolescentes una situación de riesgo médico?. Toko – Gin prac.* 69(6),177-181.
- Maddaleno, M.; Morello, P. & Infante, E. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México.* 45(S1),32-39.
- Manrique, A.; F., G., Ospina, J.,M. & Garcia, U., J.,C.(2009). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia. *Rev Salud Pública Colom.* 13(1),89-101.
- Manrique, R.; Rivero, A.; Ortunio, M.; Rivas, M.; Cardozo, R. & Guevara, H.(2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez.*68(3),144-149.
- Muñoz, M. & Oliva, P.(2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Rev Chil Obstet ginecol.* 74(5),281-285.
- Organización Mundial de la Salud.(2009). Embarazo en adolescentes un problema culturalmente complejo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* 87,405-484.
- Ospina, D.; JM. & Manrique, A., FG.(2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios; Sexual behaviors and Practices among university students. *Av enferm.* 25(2),101-111.
- PROFAMILIA – Ministerio de la Protección Social (2010). *Encuesta Nacional Demografía y Salud.* Profamilia, editor. Bogotá: Profamilia. Recuperado de [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9p](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9p). (Consulta: 10-05-2013)
- Quintero, R.; Muñoz, M.; Álvarez, L. & Medina, G. (2010). Estado nutricional y seguridad alimentaria en gestantes adolescentes. *Invest Educ Enferm.* 28(2),204-213.
- Raatikainen, K.; Heiskanen, N.; Verkasalo, P. & Heinonen, S. (2006). Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health.* 16(2),157-161.
- Secretaría de Protección Social. Nacidos Vivos 2011-2012. Registro estadístico indicadores de salud. Tunja-Boyacá. 2013.
- Sheiner, E.; Bashiri, A.; Shoham, V.I.; Hershkovitz, R. & Mazor, M. (2004). Preterm deliveries among women with MacDonalld Cerclage Performed due to Cervical Incompetence. *Fetal Diagn Ther.* 19(4),361-365.
- Schlenker, T.; Dresang, L.; Ndiaye, M.; Buckingham, W. & Leavitt, J. (2012). The effect of prenatal support on birth outcomes in an urban midwestern county. *WMJ.* 111(6),267-273.
- United Kingdom. (2010). Office of National Statistics: Conceptions in England and Wales. *Statistical Bulletin.* Recuperado de <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/conception-statistics--england-and-wales/2010/-conceptions-statistical-bulletin.html>. (Consulta: 22-05-2013)
- Vázquez, A.; Guerra, C. & Herrera, V. (2001). Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 27(2),158-164.
- Vélez, D.; Baird, D.; Hasan, R.; Savitz, D. & Hartmann, K. (2012). First-trimester bleeding characteristics associate with increase risk of preterm birth: data from a prospective pregnant cohort. *Human Reproduction.* 27(1),54-60.