

## ASOCIACIÓN ENTRE ADOLESCENCIA Y EMBARAZO MAYOR A 40 SEMANAS

### ASSOCIATION BETWEEN ADOLESCENCE AND PREGNANCY GREATER THAN 40 WEEKS

Helen Ríos Gonzales<sup>1</sup>  
Hernán Ramal Aguilar<sup>1,2</sup>

Recibido: 26 de setiembre del 2018  
Aceptado: 01 de octubre del 2018

#### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar si la adolescencia es un factor asociado con el embarazo mayor a 40 semanas.

**Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio analítico, observacional, de casos y controles durante enero del 2008 a diciembre del 2017 en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo. La muestra, obtenida por fórmula, se dividió en 95 casos con embarazo > 40semanas y 95 controles.

**Resultados:** En el análisis bivariado, dentro de las características de las gestantes, el estado civil y la nuliparidad presentaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.03$ ;  $p=0.001$  respectivamente), mientras que el tipo de parto, ocupación, control prenatal, macrosomía fetal y sexo del producto no las presentaron ( $p>0.05$ ). La prevalencia de adolescencia fue 9.5%. La adolescencia mostró diferencia estadística altamente significativa ( $p=0.001$ ), con OR de 20.49 (IC95%: 2.67-157.40), siendo de 17.9% en los casos y de 1.1% en los controles. En el análisis multivariado confirmaron diferencia significativa la adolescencia ( $p=0.02$ , OR=12.14 e IC95%:1.49-99.03), la macrosomía fetal ( $p=0.048$ , OR=2.38 e IC95%: 1.01-5.63) y altamente significativa la nuliparidad ( $p=0.002$ , OR=3.01 e IC95%: 1.50-6.01).

**Conclusiones:** La adolescencia es un factor de riesgo para embarazo mayor a 40 semanas y se encontró además como factor independiente a la macrosomía fetal y a la nuliparidad. Se sugiere alertar a la comunidad médica sobre esta condición y la realización futura de investigaciones prospectivas y multicéntricas en gestantes no obesas.

**Palabras Clave:** Adolescente, embarazo prolongado, factores de riesgo.

1 Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

2 Servicio de Ginecología del Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta, Trujillo, Perú.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify adolescence as a factor associated with pregnancy greater than 40 weeks.

**Material and Methods:** An analytical, observational, case and control study was carried out from January 2008 to December 2017 in pregnant women of the Trujillo's Teaching Regional Hospital. The sample, obtained by formula, was divided into 95 cases with pregnancy > 40 weeks and 95 controls.

**Results:** In the bivariate analysis, within the characteristics of pregnant women, marital status and nulliparity presented statistically significant differences ( $p = 0.03$ ,  $p = 0.001$  respectively), while the type of delivery, occupation, prenatal control, fetal macrosomia and sex of the product did not present them ( $p > 0.05$ ). The prevalence of adolescence was 9.5%. Adolescence showed highly significant statistical difference ( $p = 0.001$ ), with OR of 20.49 (95% CI: 2.67-157.40), being 17.9% in cases and 1.1% in controls. In the multivariate analysis, adolescence confirmed significant difference ( $p = 0.02$ , OR = 12.14 and 95% CI: 1,49-99,03), fetal macrosomia ( $p = 0.049$ , OR = 2.38 and 95% CI: 1,01-5,63) and nulliparity highly significant ( $p = 0.002$ , OR = 3.01 and 95% CI: 1.50-6.01).

**Conclusions:** Adolescence is a risk factor for pregnancy greater than 40 weeks and we founded fetal macrosomia and nulliparity as an independent factor. It is suggested to alert the medical community about this condition and the future realization of prospective and multi-center studies in non-obese pregnant women.

**Keywords:** Teenager, post-term pregnancy, risk factors

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el 10% de los embarazos pasan las 40 semanas y de un 4 a 19 % rebasan las 42 semanas. El embarazo postérmino se ha asociado a un incremento de la mortalidad perinatal, la cual aumenta en 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas<sup>(1-3)</sup>. A nivel mundial unas 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 2 millones de adolescentes menores de 15 años tienen parto cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos<sup>(4)</sup>. Respecto al Perú, del total de adolescentes de 15 a 19 años, 14,6% ya estuvo alguna vez embarazada<sup>(5)</sup>

La etiología de la gestación prolongada, como la de la gestación a término tardía se desconoce. El antecedente del embarazo postérmino previo, la obesidad materna, la nuliparidad, la edad materna avanzada y la predisposición genética han sido identificados como factores de riesgo relacionados a embarazo postérmino<sup>(6-9)</sup>. Así mismo se ha considerado al embarazo postérmino como factor de riesgo para parto por cesárea<sup>(10)</sup>. Se ha considerado a la ecografía del primer trimestre como la mejor herramienta para un cálculo correcto de la edad gestacional<sup>(11,12)</sup>.

Existe una controversia respecto si la adolescencia es un factor asociado al embarazo a término tardío y postérmino. Existen estudios que han encontrado asociación<sup>(13)</sup>. Por otra parte, hay estudios que no encontraron significancia estadística entre ambos grupos etáreos<sup>(14,15)</sup>. Así mismo, ya se ha observado a la edad materna avanzada como un factor asociado al embarazo mayor a 40 semanas<sup>(16)</sup>. Además, se encontró asociación entre adolescencia y prematuridad<sup>(15)</sup>

Al plantear la presente investigación creemos que es conveniente identificar la asociación entre

adolescencia y embarazo mayor a 40 semanas, pues ambos factores aumentan el riesgo de morbimortalidad. Consideramos que esta investigación tiene valor teórico, pues existen revisiones recientes que han demostrado esta asociación; por lo tanto, creemos adecuado verificar esta asociación, considerando la ausencia de estudios similares en nuestro medio.

En tal sentido, el presente trabajo permitirá identificar si la adolescencia es un factor asociado con el embarazo mayor a 40 semanas en comparación con gestantes de 20 a 34 años del Hospital Regional Docente de Trujillo -La Libertad -Perú.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Área del estudio**

Nuestro estudio se llevó a cabo en el área de archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo. Se encuentra en la costa norte del Perú, a orillas del Océano Pacífico, a unos 556 km de Lima, la capital de Perú. La investigación fue llevada a cabo desde el 01 de julio del año 2019.

### **Población y muestra**

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico de casos y controles. La población de estudio estuvo conformada por 190 gestantes que acudieron a atención del parto en el periodo comprendido desde enero del 2008 a diciembre del 2017. Para el tamaño muestral se realizó con una fórmula para casos y controles donde  $z^{1-\alpha/2}=1.96$ ,  $Z_{1-\beta}=0.84$  para una confianza del 95% ,  $p_1=0.2$  y  $p_2=0.06$  y  $p=0.13$  <sup>(17)</sup>. Reemplazando  $n=95$ . Se dividió en 95 casos y 95 controles. Los criterios de inclusión de los casos: gestantes con embarazo comprendido entre 37.0 a 40.3 semanas y cuyas historias clínicas presenten ecografía en el primer trimestre; así mismo los criterios de inclusión de los controles: Gestantes con embarazo mayor a 40.3 semanas y cuyas historias clínicas presenten ecografía en el primer trimestre. Dentro de los criterios de exclusión: gestantes cuyas historias clínicas no se encontraron al momento de captura de la información, gestantes cuyas historias clínicas tengan datos incompletos, gestantes que no contaron con ultrasonografía en el primer trimestre, gestantes con embarazo doble, gestantes con edad mayor a 35 años. Gestantes cuyas historias clínicas registren anomalías fetales. El muestreo fue probabilístico y aleatorio simple.

### **Definiciones – Mediciones**

La definición operacional de adolescencia, en el presente estudio, fue la siguiente: Años cumplidos por la madre comprendidos entre los 10 y los 19 años, al momento de iniciarse el trabajo de parto <sup>(18)</sup>. Embarazo mayor a 40 semanas, su definición operacional fue embarazo con una edad gestacional mayor a 40 semanas calculada por ecografía del primer trimestre<sup>(19)</sup>. Dentro de las covariables: Edad, tipo de parto, estado civil, ocupación, nuliparidad, control prenatal, macrosomía fetal y sexo del recién nacido. Estos datos fueron obtenidos según el carné perinatal de cada gestante.

### **Procedimientos**

La investigadora se dirigió al Servicio de Ginecología y Obstetricia, donde mediante el sistema informativo perinatal se le brindó los números de historias clínicas, luego se dirigió al área de archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo, seleccionó las historias clínicas que se encontraron en el período de trabajo del estudio. Las historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión fueron separadas conformando el marco muestral. Desde el marco muestral se realizó la selección de las historias clínicas que conformaron la muestra, lo cual se elaboró de

manera aleatoria. En cuanto al instrumento, se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual registró los ítems de interés para nuestro estudio. Se utilizó la técnica de observación no participante.

### **Aspectos éticos**

El estudio contó con el permiso del Comité de Investigación y Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego N°072 – 2020-UPAO.

### **Análisis estadístico**

Las medidas estadísticas a usar para las características generales de las pacientes fueron las medidas de dispersión y de tendencia central. Para determinar la asociación de la adolescencia y demás covariables con el embarazo mayor a 40 a semanas se analizaron utilizando la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas. Se realizó un análisis multivariado para identificar los factores independientemente asociados a embarazo mayor a 40 semanas; se consideró un nivel de significancia estadística con  $p < 0.05$ . Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS V25.0 (IBM SPSS Statistics for Windows Version 25.0)

## **RESULTADOS**

Respecto a las características generales de las gestantes. Se observa que el estado civil mostró un valor  $p < 0.05$ , incluso la nuliparidad un valor  $p < 0.01$  (Véase tabla 1).

Se presenta la asociación entre la frecuencia de adolescencia y el embarazo mayor a 40 semanas. Se observa, en la presente tabla, que la adolescencia tuvo una prevalencia de 9.5% y estuvo presente en el 17.9% de los casos y en el 1.1% de los controles, siendo el valor  $p < 0.01$  y el Odds Ratio 20.49 (Véase tabla 2).

Se analizó multivariadamente la asociación de características sociodemográficas, maternas y neonatales en cuanto al embarazo mayor a 40 semanas. En el análisis multivariado de regresión se verifica valores  $p < 0.05$  para las variables adolescencia y macrosomía fetal y nuliparidad, incluso con un valor  $p < 0.01$  en relación con la aparición de embarazo mayor a 40 semanas (Véase tabla 3).

## **DISCUSIÓN**

Esta investigación pretendió establecer a la adolescencia como factor asociado a embarazo mayor a 40 semanas en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo. La revisión de la literatura denota el incremento de la morbilidad en las pacientes que atraviesan esta eventualidad <sup>(20)</sup> e incluso de la muerte materna<sup>(3,21,22)</sup>. Sin embargo, al no haber causa conocida de su aparición, el interés se enfoca en la determinación de factores para su riesgo, identificando variedad de ellos e incluyendo a la edad materna avanzada, la cual es una etapa extrema para la gestación. Desde este enfoque, se planteó como factor a investigar la adolescencia como otra etapa extrema, tomando en cuenta la potencialidad de alteraciones que pueden ocurrir respecto al parto, sumado al reporte de cifras preocupantes de embarazo en dicho grupo etario<sup>(4)</sup>

La obtención de datos en base a la observación de historias clínicas fue favorable y permitió cumplir con el tamaño de muestra calculado previamente, aunque no debemos olvidar que la

obesidad fue un factor de peso para la exclusión de una considerable proporción de casos y controles, la cual es un factor de riesgo documentado en la literatura<sup>(6,7)</sup>; se tomó la decisión de controlarlo, aunque se permitió el ingreso de otros como el caso de la nuliparidad. A pesar de esto y en base al volumen de historias que finalmente tuvieron posibilidad de elegirse, consideramos que los resultados muestran la realidad de las pacientes en estudio no obesas y su generalización interna queda en posibilidad de sugerirse.

En cuanto a las covariables elegidas para la investigación, con el fin de determinar la relevancia de la adolescencia, consideramos que fueron apropiadas al ser identificadas en estudios previos<sup>(6,7,10,23,24)</sup>. Así, el cuadro 1, sobre características generales, maternas y neonatales, permitió determinar que hubo aspectos como la cesárea, la ocupación, incluso el control prenatal inadecuado, la macrosomía fetal y el sexo del producto que no mostraron una asociación significativa con el embarazo mayor a 40 semanas.

En el caso concreto de la macrosomía llama la atención que en este análisis bivariado no mostrara asociación significativa, contradiciendo a la literatura documentada, principalmente la del estudio realizado por Robles et al en Lima en el año 2014<sup>(16,25)</sup>. Así mismo, el sexo masculino no mostró asociación significativa en el mismo estudio<sup>(16)</sup>, contradiciendo a otros estudios mencionados<sup>(6,7)</sup>. Descriptivamente, este último mostró mayor frecuencia en el grupo de casos, sin embargo, la diferencia fue de sólo una gestante, lo cual explicaría su menor influencia. Por el contrario, el estado civil y la nuliparidad mostraron ser factores asociados. El caso del estado civil fue particular ya que se observó que la frecuencia de la condición casada fue menor en los casos que en los controles, siendo la única categoría con esta tendencia, a diferencia de las solteras y convivientes, donde fue a la inversa. Al considerar que, psicológicamente, el estar casada puede ser beneficioso para la persona, podemos asumir la posibilidad de que esta condición sea un factor protector. Aun así, llama la atención que la condición de soltera no haya tenido mayor relevancia, ya que inicialmente la planteamos como un probable factor de influencia<sup>(13,23,24)</sup>.

En la tabla 2 se muestra el punto central de la investigación, ya que se llegó a establecer que la adolescencia se constituyó en un factor de riesgo para el embarazo mayor a 40 semanas. A pesar de ello, debemos considerar que la prevalencia de la condición fue de 9.5%, lo que significó 18 de 190 gestantes a pesar de tratarse de una investigación de 10 años, sugiriendo para el futuro investigaciones multicéntricas. Por otro lado, aunque en la revisión de la literatura no encontramos una investigación que determinara directamente la asociación entre adolescencia y el embarazo mayor a 40 semanas, nuestro resultado guarda cierta relación con el trabajo de Henríquez et al, realizado en España en el año 2012<sup>(13)</sup>, aunque con la salvedad que se trató de una investigación transversal y con una población amplia. Sin embargo, los estudios de Bendezú et al, realizado en Ica en el año 2015 y de Socolov et al, realizado en Rumania en el año 2017 encontraron una asociación negativa entre ambas variables<sup>(15,26)</sup>.

Finalmente, en la tabla 3 pretendimos confirmar los factores asociados identificados en el análisis bivariado y, por medio de regresión logística, se confirmó a la adolescencia y nuliparidad como factores de riesgo para embarazo mayor a 40 semanas, incluso esta última con diferencia altamente significativa ( $p < 0.002$ ), al igual que el estudio de Robles et al, realizado en Lima en el año 2014<sup>(16)</sup>. Adicionalmente llamó la atención que la macrosomía fetal se identificara también como un factor de riesgo debido a que en el análisis bivariado no se demostró como tal, aunque se conoce su relevancia por estudios previos<sup>(16)</sup>. Por otro lado, en el análisis anterior la condición civil mostró diferencia estadísticamente significativa, a pesar de que originalmente se planteaba que la soltería era relevante, la casada sugirió influencia, por lo que en el análisis multivariado se recodificó al factor de exposición. Así, en la tabla se identifica a la casada, la cual a su vez no constituyó factor de riesgo.

De acuerdo a nuestros resultados, la nuliparidad coincide con datos de la literatura <sup>(6,7,16)</sup>; así como la macrosomía, aunque, en el caso de esta última, la literatura la identifica como complicación del embarazo prolongado, específicamente del embarazo a término tardío, mas no como un factor en sí <sup>(16,20,25)</sup>. En cuanto a la adolescencia, nuestra investigación la sugiere como un factor a considerar; los tres factores demostraron ser independientes.

Se debe recordar, como se ha señalado antes, que nuestra investigación no incluyó casos de obesidad y edad materna avanzada, aspectos que pueden reconfigurar el establecimiento de asociaciones de esta investigación. Por otro lado, una limitación del estudio es que se trata de una investigación retrospectiva que condicionó el número de variables a asociar debido a no contar con información suficiente para identificar aspectos como antecedente del embarazo mayor a 40 semanas, aumento excesivo del peso durante la gestación y la predisposición genética que la literatura propone como factores de riesgo<sup>(6-9)</sup>; por lo que la realización de estudios prospectivos puede significar una posibilidad de mayor control de los sesgos potenciales.

En resumen, la adolescencia es un factor de riesgo a considerar, además de mostrar independencia en su efecto al igual que la nuliparidad y la macrosomía. Nuestra investigación cumplió con los objetivos trazados con posibilidad de generalización interna, siempre y cuando se considere a gestantes no obesas. No hubo conflicto de intereses en las diferentes fases del proceso de investigación.

## **CONCLUSIONES**

1. En el análisis bivariado, el estado civil ( $p=0.03$ ) y la nuliparidad ( $p=0.000$ ) se asociaron al embarazo mayor a 40 semanas.
2. La adolescencia se relacionó con el embarazo mayor a 40 semanas,  $p=0.000$  ( $p<0.01$ ), por lo que fue un factor de riesgo, específicamente para casos sin obesidad.
3. En el análisis multivariado de la adolescencia confirmó ser un factor, con un riesgo de 12.14 veces, además de la nuliparidad y macrosomía fetal, todos como factores independientes para el embarazo mayor a 40 semanas.

## **RECOMENDACIONES**

1. La identificación temprana de la adolescencia en la gestante no obesa constituye un aspecto sugerente de alerta obstétrica, que debe sumarse a aspectos ya confirmados como nuliparidad y macrosomía fetal.
2. La determinación del grupo etario en mención puede servir como fuente de nuevos trabajos de investigación analítica, para considerarlo de manera específica en pacientes sin obesidad y con riesgo de un embarazo prolongado.
3. Las investigaciones sugeridas deberían considerar un diseño prospectivo y, en lo posible, ser multicéntricas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 13 de junio de 2012 [citado 16 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004945.pub3>
2. Thangarajah F, Scheufen P, Kirn V, Mallmann P. Induction of Labour in Late and Postterm Pregnancies and its Impact on Maternal and Neonatal Outcome. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 20 de julio de 2016;76(07):793-8.
3. Bruckner TA, Cheng YW, Caughey AB. Increased neonatal mortality among normal-weight births beyond 41 weeks of gestation in California. *Am J Obstet Gynecol*. octubre de 2008;199(4):421.e1-7.
4. WHO | Adolescent pregnancy [Internet]. WHO. [citado 25 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
5. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 28 de agosto de 2017]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1433/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html)
6. RCIU SELECTIVO EN GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL - gcp.pdf [Internet]. [citado 25 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/gcp.pdf>
7. Kortekaas JC, Kazemier BM, Ravelli ACJ, de Boer K, van Dillen J, Mol B, et al. Recurrence rate and outcome of postterm pregnancy, a national cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. octubre de 2015;193:70-4.
8. Oberg AS, Frisell T, Svensson AC, Iliadou AN. Maternal and fetal genetic contributions to postterm birth: familial clustering in a population-based sample of 475,429 Swedish births. *Am J Epidemiol*. 15 de marzo de 2013;177(6):531-7.
9. Schierding W, O'Sullivan JM, Derraik JGB, Cutfield WS. Genes and post-term birth: late for delivery. *BMC Res Notes*. 14 de octubre de 2014;7:720.
10. Zgheib SM, Kacim M, Kostev K. Prevalence of and risk factors associated with cesarean section in Lebanon - A retrospective study based on a sample of 29,270 women. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. diciembre de 2017;30(6):e265-71.
11. Delaney M, Roggensack A, Leduc DC, Ballermann C, Biringer A, Delaney M, et al. Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. *J Obstet Gynaecol Can*. septiembre de 2008;30(9):800-10.
12. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 14 de julio de 2015 [citado 16 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007058.pub3>
13. El parto en las adolescentes sevillanas: características, diagnósticos y procedimientos - Sumarios - FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16210/173/el-parto-en-las-adolescentes-sevillanas-caracteristicas-diagnosticos-y-procedimientos>
14. Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 de febrero de 1999;106(2):116-21.
15. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev Peru Ginecol Obstet*. enero de 2016;62(1):13-8.
16. Jonnathan Robles-Torres. Factores de riesgo relacionados a gestación mayor a 40 semanas [Internet]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2014 [citado 27 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1343/3/Robles\\_ij.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1343/3/Robles_ij.pdf)
17. Fernández S. DS. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. 17 de septiembre de 2002;3-4.

18. WHO | Adolescent health [Internet]. WHO. [citado 11 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)
19. Definition of Term Pregnancy - ACOG [Internet]. [citado 12 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Definition-of-Term-Pregnancy>
20. Vayssière C, Haumonte J-B, Chantry A, Coatleven F, Debord MP, Gomez C, et al. Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* julio de 2013;169(1):10-6.
21. Ravelli ACJ, Schaaf JM, Eskes M, Abu-Hanna A, de Miranda E, Mol BWJ. Ethnic disparities in perinatal mortality at 40 and 41 weeks of gestation. *J Perinat Med.* julio de 2013;41(4):381-8.
22. Mandujano A, Waters TP, Myers SA. The risk of fetal death: current concepts of best gestational age for delivery. *Am J Obstet Gynecol.* marzo de 2013;208(3):207.e1-8.
23. Blanquet-García J, Montoya-Cázarez A, Carranza-Lira S. [Sociodemographic characteristics of the pregnant adolescent in a high specialty hospital]. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54 Suppl 3:S238-41.
24. Maravilla JC, Betts KS, Couto E Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 19 de abril de 2017;
25. Chantry AA, Lopez E. Complications fœtales et néonatales des grossesses prolongées. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* diciembre de 2011;40(8):717-25.
26. Socolov D-G, Iorga M, Carauleanu A, Ilea C, Blidaru I, Boiculese L, et al. Pregnancy during Adolescence and Associated Risks: An 8-Year Hospital-Based Cohort Study (2007-2014) in Romania, the Country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe. *BioMed Res Int.* 2017;2017:9205016.

## TABLAS Y FIGURAS

Tabla N° 1: Características generales de las gestantes

CARACTERÍSTICAS	EMBARAZO MAYOR A 40 SEMANAS				OR/IC 95%*	Valor p†
	Sí (n=95)		No (n=95)			
	N° casos	%‡	N° casos	%‡		
<b>TIPO DE PARTO</b>						
Cesárea	47	49.5	49	51.6	0.92	0.77
Vaginal	51	50.5	43	48.4	[0.52-1.62]	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Casada	12	12.6	26	27.4	N/A	0.03
Conviviente	72	75.8	62	65.3		
Soltera	11	11.6	7	7.4		
<b>OCUPACIÓN</b>						
Ama de casa	72	75.8	81	85.3	N/A	0.13
Empleada	10	10.5	9	9.5		
Estudiante	13	13.7	5	5.3		
<b>NULIPARIDAD</b>						
Sí	47	45.9	19	20.0	3.92	0.001
No	48	50.5	76	80.0	[2.06-7.46]	
<b>CONTROL PRENATAL</b>						
No	26	27.4	31	32.6	0.78	0.429
Sí	69	72.6	64	67.4	[0.42-1.45]	
<b>MACROSOMÍA FETAL</b>						
Sí	21	22.1	11	11.6	2.17	0.053
No	74	77.9	84	88.4	[0.98-4.79]	
<b>SEXO DEL PRODUCTO</b>						
Masculino	52	54.7	51	54.2	1.04	0.884
Femenino	43	45.3	44	46.3	[0.59-1.85]	

\*Odds Ratio crudo/Intervalo de confianza

‡en porcentaje

N/A=No aplicable

Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2008-diciembre 2017.

Para las variables cualitativas se utilizó Chi cuadrado.

**Tabla N°2:** Asociación de la frecuencia de adolescencia con el embarazo mayor a 40 semanas en las pacientes

ADOLESCENCIA*	EMBARAZO MAYOR A 40 SEMANAS					Valor p <sup>†</sup>	
	Sí (n=95)		No (n=95)		Total		OR <sup>†</sup> /IC 95%
	N° casos	% <sup>§</sup>	N° casos	% <sup>§</sup>			
Sí	17	17.9	1	1.1	18	20.49	
No	78	82.1	94	98.9	172	[2.67-157.40]	

\*Prevalencia 9.5%

†Odds Ratio/Intervalo de confianza

§ en porcentaje

Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2008-diciembre 2017.

Para variables cualitativas se utilizó Chi cuadrado.

**Tabla N°3:** Análisis de regresión logística de las características de las pacientes para embarazo mayor a 40 semanas

CARACTERÍSTICAS	VALORES			
	Wald	OR*	IC95% <sup>†</sup> Inferior-superior	Valor p
Adolescencia	5.434	12.14	1.488-99.026	0.02
Nuliparidad	9.688	3.01	1.503-6.013	0.002
Macrosomía fetal	3.895	2.38	1.006-5.625	0.048

\*Odds Ratio ajustado

† Intervalo de confianza

Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2008-diciembre 2017.