



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE SAN MARTIN  
TARAPOTO**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**Gestación en Primíparas Adolescentes**

**Hospital de Apoyo - II IPSS - Tarapoto**

**Enero - Diciembre 1991**



*Presentado por :*

*Bach. Obst. Miguel García Rodríguez*

*Para Optar el Título Profesional de Obstetra*

**Tarapoto — Perú  
1992**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES  
HOSPITAL DE APOYO - II - IPSS - TARAPOTO  
1,991

AUTOR : MIGUEL GARCIA RODRIGUEZ

ASESOR : DR. JORGE RODRIGUEZ GOMEZ

JURADO CALIFICADOR :



Prof. DALIN ENCOMENDEROS D.  
Presidente del Jurado



Obst. MARINA HUAMANTUMBA P.  
Miembro del Jurado



Obst. CECILIA ALHUAY SUAREZ  
Miembro del Jurado

A MIS QUERIDOS PADRES

JUANA Y MIGUEL

Que, con abnegación, orientación  
y sacrificio, hicieron posible el  
logro de mis ideales.

Nuestro profundo y sincero agradecimiento al Dr. JORGE RODRIGUEZ GOMEZ, por su amplio y desinteresado apoyo en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A todos los profesionales del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo - II - IPSS - Tarapoto, quienes nos sirvieron de guía en la culminación de nuestra carrera.

Al Licenciado en Estadística PEDRO BALLENA CHUMIOQUE por su incondicional asesoramiento en la elaboración, interpretación y análisis de los cuadros estadísticos.

De igual forma al Sr. Javier Delgado quien nos brindó su apoyo en la elaboración del presente trabajo.

" La gestación en adolescentes, que siempre ha sido un problema en cierta medida, ha brotado como un volcán que despierta: la explosión de la cópula amenaza engullir las aldeas lánguidas de asistencia médica y social con oleadas de adolescentes embarazadas (9). "

## INDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCION .....	08
II.- OBJETIVOS .....	10
III.- MATERIAL Y METODOS .....	11
IV.- RESULTADOS .....	13
V.- DISCUSION .....	19
VI.- CONCLUSIONES .....	28
VII.- RECOMENDACIONES .....	29
VIII.- RESUMEN .....	30
IX.- BIBLIOGRAFIA .....	31
X.- ANEXOS .....	38



## INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (35), ha definido la adolescencia como la edad en que el individuo deja de ser niño al desarrollarse y madurar sexual y psicológicamente, hasta convertirse en un adulto apto para la reproducción. Esta etapa es difícil encasillarla en forma precisa en un lapso determinado; en los Estados Unidos la ley considera que un individuo es maduro a los 18 años, por eso se ha convenido ubicarla entre los 10 y los 18 años de edad (20).

El vocablo "Adolescencia" proviene de la voz latina "Adolescere" que significa "Crecer", "Avanzar hacia la madurez". Esto implica no solo el crecimiento físico sino también el desarrollo intelectual, social y emocional (3). Desde el punto de vista Biológico, la adolescencia implica alcanzar una estatura adulta, la adquisición de rasgos físicos característico de una persona adulta y el desarrollo del aparato reproductor que hace posible la procreación (20).

En nuestros grupos sociales, marginales y rurales hemos observado la aparición precoz de la maternidad durante la adolescencia y en países desarrollados como en los Estados Unidos de Norteamérica, se observa un creciente aumento de la gestación en mujeres adolescentes cada vez más jóvenes, con los graves problemas de carácter social que esta situación engendra. ZUCKERMAN (46) en su trabajo adolescent pregnancy: a Biobehavioral

determinants of outcome, reportó una incidencia de 22% de gestantes adolescentes menores de 17 años durante el periodo de 1,981.

En el Perú, el porcentaje de embarazo en adolescentes ya en aumento, y aunque las cifras sean una representación muy superficial de la realidad en el país, hay innegables razones para preocuparse por tal aumento : Las adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de más alto riesgo de morbi-mortalidad

Entre las complicaciones más frecuentes tenemos : Anemia, Ruptura prematura de membranas, Toxemia y Desproporción fetopélvica (1,3,11,14,30,45). La Mortalidad Perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer, han sido también documentados como riesgos del embarazo adolescente, con los subsecuentes problemas de salud para el desarrollo del niño (27,28,34,38,45).

Debido al gran problema que significa el embarazo y parto en la mujer adolescente y a la discrepancia existente en estudios extranjeros en cuanto a la mayor o menor incidencia de complicaciones del embarazo y parto en la adolescencia, que en la actualidad es considerado un factor de alto riesgo (15,29,37) es que presentamos este estudio realizado en el Hospital de Apoyo - II - IPSS - Tarapoto, a fin de contribuir al conocimiento de dicho problema en nuestro medio.

EL AUTOR



### OBJETIVOS

- 1.- Determinar la incidencia de gestantes primíparas adolescentes y compararlos con otros estudios.
- 2.- Estudiar los factores epidemiológicos en gestantes primíparas adolescentes.

## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es un trabajo retrospectivo-descriptivo en el que se revisaron del archivo un total de 275 historias clínicas de pacientes adolescentes (16 años o menos) cuyo parto fue atendido en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo - II - IPSS - Tarapoto, en el periodo comprendido entre el día de Enero al 31 de Diciembre de 1.991.

Para los efectos del estudio se consideró solamente a las pacientes primíparas, y cuyos partos fueron atendidos a partir de la semana 10 de gestación, obteniendo un total de 219 casos. Se descartaron 63 casos de pacientes no primíparas.

Se utilizó para la recolección de datos una ficha, la misma que se adjunta en el presente trabajo (anexo 1)

Los casos fueron sometidos a análisis estadísticos para determinar la frecuencia de embarazo en adolescentes, su distribución por edad, lugar de procedencia, estado civil, grado de instrucción, control pre-natal, tipo de pelvis, patología médica durante el embarazo, morbilidad obstétrica en el preparto, parto y post-parto, edad gestacional por fecha de última regla, vía y tipo de parto, condiciones del recién nacido (sexo, Apgar, peso), duración del trabajo de parto vaginal, determinándose la frecuencia y porcentaje de cada una de las variables en estudio.

Se empleó la prueba estadística de comparación de frecuencias. Una vez procesada la información se procedió a analizar e interpretar las relaciones significativas entre las variables estudiadas, comparándolas con los reportados por otros autores y con las estadísticas generales del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital en estudio.

## RESULTADOS

### INCIDENCIA

Se encontraron 210 gestantes primiparas adolescentes, y un total de 1,735 partos atendidos en el periodo 1,991, lo que da una incidencia de 12.10% de partos en adolescentes (cdro. N. 01).

La incidencia de gestantes adolescentes primiparas en los diferentes hospitales del Perú tuvieron una frecuencia significativamente superior e inferior a las cifras encontradas en nuestro estudio. Así tenemos : SOTO (43) en el hospital Regional del Amazonas en Iquitos, reporta un caso cada 4 partos en general (1/4), PASCARD (32) 1/3 en el hospital maternidad de Lima, CONTRERAS (14) 1/11 en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima e INGA (21) 1/15 en el Hospital de Chepén - La Libertad ( <0.05). (Cdro. N. 02)

La incidencia de autores extranjeros también nos muestran diferencias significativas superiores a lo encontrado en nuestro estudio : ZUCKERMAN (46) en Estados Unidos y SOLIS (42) en Santiago de Chile nos reportan 1 caso cada 4 partos, respectivamente, y GALVEZ (19) en Bolivia encuentra 1 caso cada 5 partos. ( <0.05). (Cdro. N. 03)

AMUED (1) en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", México reporta cifras inferiores, 1 caso cada 48 partos existiendo diferencias altamente significativas ( <0.01).

### EDAD

De los 210 partos en adolescentes primíparas que se presentaron en el período de 1,991, el 20.96% eran menores de 16 años, lo que nos indica que uno de cada cinco primíparas adolescentes fue menor de 16 años, dentro del grupo de madres adolescentes en estudio.

El 79.04% (166 casos) ocurrieron en mujeres mayores de 15 años (Cdro. N. 94)

### ESTADO CIVIL

El estado civil de la madre se muestra en el cuadro N. 95 donde podemos observar que más de la mitad de madres adolescentes eran solteras (55.71%) y convivientes (40.17%), lo que representa el 71.90% en relación a las casadas que presentan el 28.10%.

### GRADO DE INSTRUCCION

El 44.29% de adolescentes primíparas (93 casos) tenían instrucción secundaria incompleta. El 33.81% cursaba la secundaria y el 40.93% la primaria. Solo el 2.38% cursaba estudios superiores y el 0.48% eran analfabetas.

### PROCEDENCIA

El 55.24% procedían de la zona urbana, el 20.48% del área urbano-marginal y el 14.28% del área rural.

### EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ULTIMA REGLA

El 88.10% fueron productos a término por fecha de última regla menstrual, siendo el 10% pre-términos y el 1.9% post-términos. (Cdro. N. 96)

### CONTROL PRE-NATAL

Conforme se expone en el cuadro N. 04 el control pre-natal fue realizado en algo más de la mitad de nuestras madres jóvenes, con un porcentaje de 60% (4 o más controles), siendo el 47.14% realizado en el Hospital de Apoyo - II - IPSS - Tarapoto. Solo el 4.29% recibió atención particular y el 40% no fueron controladas.

### TIPO DE PELVIS

El 89.52% de primíparas adolescentes presentó una pelvis ginecoide, mientras que el 9.5% presentó una pelvis anormal (límite o estrecha). (Cdro. N. 05)

### VIA DE PARTO

En el cuadro N. 05 se observa que la incidencia de partos vaginales fue de 90%. Las cesáreas representaron el 10% (21 casos).

### TIPO DE PARTO

En este cuadro el 87.14 % fueron partos eutócicos y distócicos el 12.86%, siendo los distócicos vaginales el 2.86% y distócicos abdominales el 10%. Se presentaron 3 partos podálicos y 61 gemelar por vía vaginal. (Cdro. N. 05)

### PATOLOGIA MEDICA INTERCURRENTE

Según podemos apreciar en el cuadro N. 06 que se refiere a la patología médica intercurrente que portaban las madres adolescentes en el momento de la gestación, cuya frecuencia fue de 31.43%; la presencia de anemia anteparto supera a los otros



tipos de patologías presentados (13.1%), seguida por infección de vías urinarias (13.81%) y vulvovaginitis (7.14%).

El antecedente de tuberculosis pulmonar se encontró en el 1.70% de las pacientes.

#### MORBILIDAD OBSTETRICA EN EL PRE-PARTO

La incidencia de morbilidad obstétrica en el pre-parto fue de 27.32%. El 70.48% no presentó complicaciones, el 27.62% presentó una y el 1.90% presentó dos complicaciones.

La patología obstétrica más frecuente fue la prematuridad, que tuvo una incidencia de 10.00%. En segundo lugar se encontró la ruptura prematura de membranas en el 7.14%, seguida de la toxemia en el 6.19%. Sólo se presentó el caso de hemorragia en el tercer trimestre. (Cdr. N. 06)

#### MORBILIDAD OBSTETRICA INTRA-PARTO

El 29.57% presentaron complicaciones en el intra-parto y el 71.43% no presentaron. El sufrimiento fetal ocupó el primer lugar en el 13.33% de los casos, el 12.86% presentaron circular simple de cordón, la desproporción feto-pélvica ocurrió en el 7.14%, el desgarro vaginal de primer grado ocurrió en el 2.12% de los partos vaginales y el desgarro de tercer grado en el 1.06%. Sólo hubo el caso de laceración de cérvix. (Cdr. N. 06)

#### MORBILIDAD OBSTETRICA POST-PARTO

En el cuadro N. 06 nos sirve para ver las complicaciones maternas en el puerperio, donde podemos apreciar que el 16.32% presentaron complicaciones, siendo las infecciones y endometritis, infección

de herida operatoria e infección de vías urinarias y las que predominaron.

La endometritis ocupó el primer lugar con una incidencia de 8.57% (23.81% de las cesáreas y 4.88% de los partos vaginales), seguida de la dehiscencia de episiotomía con el 4.23% de los partos vaginales y la infección de herida operatoria con el 33.33% de las cesáreas. Así mismo la infección de vías urinarias y el alumbramiento incompleto se presentó en el 2.86% y el 1.90% respectivamente.

#### INDICACION PRINCIPAL DE CESAREA

La indicación principal de cesárea fue la pelvis estrecha que se presentó en el 38.10%. La Desproporción feto-pélvica se presentó en el 4.76%; entre ambos representan el 42.86%. La presentación podálica ocupó el segundo lugar en el 19.05%, la toxemia representó el 14.29%. (Cdro. N. 07)

#### RECIEN NACIDO

Se obtuvieron 211 productos de las 210 gestantes, debido a que se presentó 01 parto gemelar. Ocurrieron 06 muertes perinatales (2.85%). Cuatro casos corresponden a muertes fetales tardías (19 X 1,000 N.V.) y 02 muertes neonatales precoces (9 X 1,000 N.V.), los cuales ocurrieron antes del alta hospitalaria. Esto arroja una tasa de mortalidad perinatal de 28 X 1,000 Recién nacidos vivos.

#### SEXO DEL RECIEN NACIDO

El 53.08% fueron de sexo femenino y el 46.92% del sexo masculino.

#### PESO DEL RECIEN NACIDO

El 14.21% presentaron bajo peso al nacer (menos de 2,500 grs.) y el 2.85% presentaron 4,000 grs. o más. El 82.94% tuvo un peso normal (Cdro. N. 08)

#### APGAR EN EL RECIEN NACIDO

Se tomó el Apgar el primer y quinto minuto de vida, lo cual es índice del grado de hipoxia al nacer.

El 0.47% presentó hipoxia severa, el 7.11% hipoxia moderada y el 90.52% no presentó hipoxia al primer minuto de vida. A los cinco minutos el 96.68% no presentaba hipoxia. En general la presencia de hipoxia en los recién nacidos fue de 7.56% al primer minuto y de 0.47% a los cinco minutos. (Cdro. N. 08)

#### DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

La duración promedio del trabajo de parto fue de 11.26 horas. En el primer periodo se encontró una duración promedio de 10.24 horas. El 55.03% de los partos vaginales presentó una duración del primer periodo dentro de los rangos normales. El 22.75% tuvo un primer periodo rápido y el 13.23% tuvo un periodo prolongado.

El segundo periodo tuvo una duración promedio de 47.17 minutos. El 50.26% tuvo un segundo periodo rápido, el 38.62% fue normal y el 2.12% fue prolongado.

El tercer periodo tuvo una duración promedio de 15.15 minutos. El 87.30% tuvo un tercer periodo normal y el 3.70% fue prolongado (Cdro. N. 09).

## DISCUSION

Diversos reportes nos informan que la frecuencia de embarazo en adolescentes va en aumento en los últimos años (5,6,10,12,24, 38,45) lo que estaría en relación directa con la mayor actividad sexual de las adolescentes.

A nivel nacional, se ha encontrado que el 10% de todos los embarazos ocurren en mujeres menores de 18 años (18).

En nuestro estudio encontramos que el embarazo en adolescentes tuvo una incidencia del 12.10%, cifra que está algo más elevada que lo reportado por otros autores : CONTRERAS (14) reporta una incidencia de 8.81%, INGA (21) 6.47% y TAVARA (45) 3.84%, e inferior a lo reportado por MASCARO (32) 19.04% y SOTO (43) con el 26%.

En países desarrollados se reportan altas incidencias de primerizas adolescentes (45), llegando a extremos en que en un reporte de Estados Unidos puede leerse que el 40% de las madres atendidas son adolescentes (39). Naturalmente, si se tiene en cuenta el riesgo que representa el parto en adolescentes no solo en el aspecto físico sino además psicológico y social (23,45) sin descuidar las repercusiones sobre el producto en los primeros días de vida neonatal y a largo plazo, veremos la necesidad de postergar de alguna forma la gestación (45).

Comparando nuestra incidencia reportada en este estudio

con la de autores extranjeros, encontramos que esta es baja. En Estados Unidos, ZUCKERMAN (46) y SOLIS (42) reportan cifras superiores como 22% respectivamente y GALVEZ (19) en Bolivia reporta una incidencia de 17.4%, esto puede ser debido a las presiones sociales que alienta la actividad sexual y a la falta de información sobre anticoncepción.

En relación al lugar de procedencia, el 65.24% de nuestras adolescentes embarazadas venían del medio urbano, el 20.48% del área urbano-marginal y el 14.28% del medio rural. Por su parte LÓPEZ (16) reporta 49.53% en la ciudad, 43.02% en el área rural y el 8.46% en el medio urbano-marginal. Pensamos que en nuestro estudio la mayor procedencia del área urbano y urbano-marginal se deba de una parte a que progresivamente el área Urbano-marginal ha ido quedando dentro del casco de la ciudad y de otra parte a que nuestro hospital es un centro de referencia de la gestante de alto riesgo de todo el área de salud a la que pertenece.

Se encontró que la mayor parte de madres adolescentes tenían un estado civil informal, es decir, eran solteras o convivientes, lo cual coincide con lo hallado en otros reportes (4,6,7,14,28).

No cabe duda que el embarazo en madres adolescentes va a provocar profundos desajustes psicosociales por la inmadurez física y mental de las adolescentes para atender las exigencias de la maternidad y del recién nacido, esto se agrava por la falta de apoyo y el rechazo que en muchas ocasiones la familia y la sociedad imponen a las madres solteras, el cual se extiende al

ámbito de la escuela, pues no está prevista la permanencia de adolescentes embarazadas en los planteles educacionales (28,44); esto amerita atención especial por parte del personal de salud.

De otra parte es importante considerar que la liberación de las costumbres sexuales ha traído aparejado el que un mayor número de adolescentes se embaracen como producto de relaciones pre-matrimoniales en la que la gestación no es más que una desagradable consecuencia para muchas de ellas (28).

En cuanto al grado de instrucción, la gran mayoría de adolescentes no habían culminado aún sus estudios escolares, son madres bastantes jóvenes que inician su embarazo teniendo que interrumpir sus estudios, disminuyendo las posibilidades de empleo adecuadamente remunerados con la consiguiente dependencia económica y bajos niveles de vida (5,14); son madres abandonadas que no tienen condiciones para recibir a un niño, el cual, también sufrirá las consecuencias de nuestra realidad económica y social del país en vías de desarrollo (3,6). Esto es importante debido a que el bajo nivel socio-económico se asocia a falta de control pre-natal y a mayor frecuencia de complicaciones de embarazo y parto (9,29,44).

Es conocido que el control pre-natal es un factor importantísimo en el desarrollo o ausencia de complicaciones del embarazo. La asistencia tardía o escasa se acompaña de mayor frecuencia de toxemia, anemia, prematuridad, hipoxia del neonato, bajo peso al nacer, al igual que de aumento de la mortalidad fetal, perinatal e infantil (2,9). Si se provee a la joven gestante de un

adecuado control pre-natal, los riesgos de salud materno-fetal pueden ser mínimos (16,25,41).

En nuestro trabajo encontramos que la mayoría de pacientes refirió haber recibido control pre-natal (60%) siendo 47.14% realizado en el Hospital de Apoyo - II - IPSS - Tarapoto. Este resultado difiere de lo encontrado en otros reportes (9,28,29). Esto tal vez se deba a que el hospital en estudio es un centro de referencia de las gestantes de alto riesgo del área de salud de su jurisdicción y a la toma de conciencia de las adolescentes gestantes acerca de su estado de salud.

La casuística estudiada nos reveló una alta incidencia de intercorrientes en el embarazo; naturalmente la anemia ocupó el primer lugar con el 16.19%. Este hecho se explica en primera instancia, por los bajos niveles nutricionales y, en segundo lugar por las mayores necesidades impuesta por el embarazo a un organismo que todavía no ha completado su crecimiento (5,12,13,36 45).

Dentro de las complicaciones obstétricas en el pre-parto, encontramos que la más frecuente fue la prematuridad, seguida de la ruptura prematura de membranas y de la pre-eclampsia.

Se sabe que el parto prematuro es la causa más frecuente de la mortalidad fetal, ya que generalmente se debe a él la mitad de todas las muertes neonatales (8). En este grupo etáreo, la incidencia de prematuridad fue del 10%, cifra similar a lo reportado por MARTINEZ (31) que encuentra una incidencia de

10.11% e inferior a lo hallado por AHUED (1) con el 18.31% y ARECHAVALETA (3) con el 23.31%. BACHMANN (8) ha señalado que la incidencia de prematuridad es elevada en madres adolescentes (23%) donde la paridad de un hijo ha constituido la mayor incidencia.

Con respecto a la ruptura prematura de membranas, la incidencia fue superior (7.14%) a lo reportado por ARECHAVALETA (3) 5.84%, CHAVEZ (12) con el 4.39% y CONTRERAS (14) 6.5%.

En cuanto a la toxemia, observamos que su incidencia es similar a lo hallado en otros estudios, siendo bastante frecuente en este grupo etáreo : LOPEZ (29) 6.25% y AHUED (1) con el 5.18%. La elevada frecuencia de toxemia en nuestras adolescentes, evidencia que la temprana edad es un factor de riesgo desde el punto de vista de esta complicación del embarazo. Situación que se agrava en nuestro medio por la inadecuada información sanitaria recibida por los adolescentes, además de la ineficiente atención pre-natal que les ofrecemos en nuestros centros asistenciales, donde no se desarrollan programas específicos para atender las necesidades de salud de las adolescentes embarazadas.

En relación a la vía de parto, se encontró que las gestantes adolescentes primíparas presentaron un 10% de partos abdominales; al comparar esta cifra con lo hallado en la población total de gestantes del servicio (17) que fue de 13.60%, resulta ser menor en las adolescentes. Esto es comparable a lo encontrado por autores extranjeros, quienes reportan incidencias de cesáreas en las adolescentes iguales o menores a las halladas en la población



en general (1,25,26,28,40) y lo atribuyen a su buen estado socio-económico y al adecuado acceso a los servicios de salud (40,46).

Se encontró que la pelvis anormal (límite o estrecha), constituyó la indicación principal de cesárea; otros autores informan resultados similares (9,26,31,45). Esto es explicable por ser todas las pacientes primíparas, lo que condiciona que la desproporción feto-pélvica sea la causa más frecuente de cesárea, puesto que no entra en juego la cesárea repetida o iterativa, que es el motivo dominante de cesárea en la actualidad (40).

En relación al tipo de parto, la incidencia de partos distócicos fue del 12.86% cifra inferior a lo encontrado en otros reportes : LOLI (27) reporta el 28.20% y TAVARÉ (45) con el 13.72%; aunque menor a la incidencia en la población general del servicio que fue de 15.62% (17). Se atendieron tres partos podálicos (1.43%) y un parto gemelar por vía vaginal (0.48), cifras similares a las del total de gestantes del servicio (17).

Los desgarros ocurrieron en el 3.71% (vaginal : 3.18%; cérvix : 0.53%) frente al 9.80% en la población general de gestantes del servicio: (vaginal : 9.74% y cérvix: 0.06%) (17), lo cual es similar a lo encontrado en otros estudios (14,27). Esto se debe probablemente a la gran elasticidad de los tejidos de estas jóvenes madres y a que prácticamente se efectúa la episiotomía de rutina en todas las pacientes primíparas.

En relación a la morbilidad puerperal encontramos que la endometritis ocupó el primer lugar con una incidencia del 8.57%,

seguida de la infección de vías urinarias en el 2.86% y del alumbramiento incompleto en el 1.9%, cifras inferiores a las halladas por otros autores (14,20).

En nuestro trabajo no hubo casos de muerte materna aunque se ha reportado que esta aumenta si la gestante es adolescente (9,32).

El efecto del embarazo adolescente sobre el recién nacido, es un aspecto que recibe considerable atención en la literatura. La mortalidad neonatal, prematuridad y el bajo peso al nacer han sido documentados como riesgo del embarazo adolescente con los subsecuentes problemas para el desarrollo del niño (22,30).

Encontramos que el 14.21% de los recién nacidos presentaron bajo peso, similar a lo reportado por otros autores (11,11,14,27). Esto podría deberse a que el 40% de la totalidad de gestantes no recibieron control prenatal, lo que influye negativamente en el embarazo, parto y estado de salud del producto. Si control prenatal adecuado reduce la incidencia de bajo peso al nacer y el índice de prematuridad (14,25,33,35).

El peso de los niños y la puntuación de Apgar, fueron criterios que utilizamos como indicadores de las condiciones del recién nacido. El 90.52% de los recién nacidos tuvo Apgar igual o mayor que siete puntos al primer minuto de vida, incrementándose al 96.68% a los cinco minutos; lo cual es similar a lo encontrado por CONTRERAS (14) con una incidencia de 86.74 y 96.12 respectivamente. Estos resultados son aceptables en

nuestro medio, donde las condiciones para el cuidado y atención del parto no son las más adecuadas.

El estudio de la morbi-mortalidad perinatal en productos de estas pacientes generalmente ha mostrado una pérdida elevada de neonatos, por las complicaciones que presentan en el parto (34). La mayor parte de estas pérdidas, tienen componentes que pueden prevenirse en el periodo pre-natal (46). Los hijos de madres adolescentes experimentan una mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer (9,34) y tienen una probabilidad cinco veces mayor de presentar el síndrome de muerte súbita infantil que aquellos niños de madres no adolescentes (34). Por la inmadurez de estos productos y los eventos que complican su nacimiento, estos niños tienden a presentar un alto índice de hipoxia perinatal. Tanto la hipoxia como el peso inferior a los 1,250 ó 1,500 gramos, que es índice de inmadurez, trae consigo un daño irreversible del Sistema nervioso central, determinando una disminución en la calidad del producto (Epilepsia, parálisis cerebral, retardo mental, deficiencias psicomotoras) en los niños que sobreviven (9).

En relación a la duración del trabajo de parto, algunos reportan que es más breve en la paciente joven (3,9,46). Llama la atención que el 50.26% presentaron un periodo expulsivo rápido; lo cual coincide con lo hallado por BACHMANN, quien encuentra un 67.09% de casos con un periodo expulsivo corto (5). Esto tal vez sea debido a que estos jóvenes presentan una buena prensa abdominal y que aunado a la buena contractibilidad uterina

y elasticidad de los tejidos hacen que el periodo expulsivo sea más breve.

### CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de partos en gestantes de 18 ó menos años de edad en el Hospital de Apoyo - II - IPSS - Tarapoto, entre Enero a Diciembre de 1,991 fue de 12.10%.
- 2.- El estado civil informal y el bajo nivel de instrucción fueron más frecuentes en las adolescentes.
- 3.- El 60% de adolescentes primiparas recibieron control prenatal.
- 4.- El 65.24% de las gestantes adolescentes primiparas procedían del área urbano.
- 5.- La prematuridad fue la complicación obstétrica más frecuente en las adolescentes, seguida de la ruptura prematura de membranas y la pre-eclampsia.
- 6.- La incidencia de cesáreas fue menor en las adolescentes que en la población general de gestantes atendidas en el servicio.
- 7.- La tasa de mortalidad perinatal en esta serie fue de 28 X 1,000 nacidos vivos.
- 8.- La prematuridad y la hipoxia severa durante el parto, fueron las causas de muerte perinatal más frecuentes en los neonatos de adolescentes primiparas.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Implementar estrategias de atención primaria de salud para lograr la captación y una efectiva participación de la gestante adolescente en su autocuidado.
- 2.- Se debe realizar seguimiento estricto y monitoreo de la gestante adolescente durante el embarazo y el trabajo de parto, para el diagnóstico precoz y oportuno de las complicaciones.
- 3.- Se debe impartir programas de planificación familiar y paternidad responsable a los adolescentes antes de que sean sexualmente activos con la finalidad de minimizar los problemas y las consecuencias negativas de un embarazo no deseado, ya sea a través de la abstinencia o mediante el uso responsable de anticonceptivos.
- 4.- Se debe poner a disposición de todos los jóvenes información sobre los riesgos y las consecuencias de la actividad sexual a edad temprana, a través de los medios de comunicación.
- 5.- Planificar y desarrollar programas normatizados para la atención perinatal, basados en el enfoque de riesgo para disminuir la incidencia de morbi-mortalidad perinatal.

## RESUMEN

Se estudiaron 210 gestantes adolescentes primiparas que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo - II - IFSS - Tarapoto, desde Enero a Diciembre de 1,991.

Sobre el total de 1,735 partos, el 12.10% ocurrieron en adolescentes, la edad comprendida fue de 13 a 18 años cumplidos, siendo la mayoría solteras y convivientes con bajo nivel de instrucción. El control pre-natal solo se llevó a cabo en el 60% de los casos. La complicación principal fue la anemia (16.19%), siguiendo en orden de frecuencia la prematuridad (10%) y la ruptura prematura de membranas en el 7.14%

La resolución obstétrica fue mediante parto eutócico en el 87.14% de los casos, requirieron de operatoria obstétrica (fórceps y cesárea) el 10.95%. No se encontró ningún caso de muerte materna.

La mayoría de los productos fueron a término (88.10%) y con un peso mayor de 2,500 grs. (82.94%). El 7.58% tuvo puntaje Apgar bajo en el primer minuto y el 0.47% a los cinco minutos de vida. La tasa de mortalidad perinatal fue de 28 X 1,000 nacidos vivos.

Se concluye que la gestación en la adolescencia con una vigilancia pre-natal y juicio obstétrico adecuado, no debe incrementar los índices de morbi-mortalidad materno y fetal.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- AHUED y cols. Atención Obstétrica en la Adolescencia. Ginecología y Obstetricia. México 1,978; 43(255):3-6.
- 2.- ALCANTARA, René. Morbi-mortalidad Perinatal en la Pre-eclampsia. Diagnóstico. 1,990;25(3-4):51-58.
- 3.- ARECHAVALETA H. y cols. Embarazo en adolescentes. Ginecología y Obstetricia. Venezuela 1,983; XLVI (2):89-92.
- 4.- ARIKO, M. Embarazo en adolescente. Acta médica Peruana. 1,985;28(2):103-106.
- 5.- BACHMANN C., MASCARD P., RUCA J., LAM N. Curva de trabajo de parto en primigestas adolescentes. Ginecología y Obstetricia. 1,981;26(1):41-50.
- 6.- BACHMANN C y cols. Adolescencia Riesgo Reproductivo. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Resúmenes 1985.
- 7.- BACHMANN C., y CHAVEZ E. Madres Adolescentes. V Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Resúmenes: 1,974;48.
- 8.- BACHMANN C., y cols. Factores Causales del Parto Prematuro. V Congreso Peruano Obstetricia y Ginecología. Resúmenes:43.
- 9.- BALLARD W.M., COLO E.M. Aspectos médicos y de salud de la Reproducción en la Adolescencia. Clinicas Obstetricas y Ginecológicas. 1,971;14(2):338-385.
10. BENDEZU A., y cols. Embarazo Juvenil. V Congreso Peruano Obstetricia y Ginecología. Resúmenes. 1,985;95.
11. BENSON R.C. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstetrico. Editorial el manual moderno S.A. Quinta edición 1,986.



12. CHAVEZ I. Embarazo en Adolescentes. Tesis para optar el grado de maestro en medicina. UPCH. Piura 1,980 - 1,987.
13. CLARK JF. Obstetricia en Adolescentes : Deducciones Obstétricas y Sociológicas. Clinicas Obstetricas y Ginecológicas. 1,971;14(4):1026-1036.
14. CONTRERAS H. Gestación en Primiparas Adolescentes. Tesis para optar el Grado de Bachiller en medicina. UPCH - Lima. Facultad de Medicina 1,990.
15. CUADROS C. Alto Riesgo Obstétrico. NIÑOS 1989;N-7:23-28.
16. DAVIDSON E., FUKUSHIMA T. The age extremes for reproduction: current implications for policy change. Am J. Obstet Gynec. 1,985;152(4):467-473.
17. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO-II-IPSS-TARAPOTO. Informes y estadísticas anuales. 1,991.
18. FREYRE E. Adolescentología : Una experiencia singular. Diálogo médico. 1,988;4(4).
19. GALVEZ A. Embarazo Adolescente. Revista Boliviana. Obstetricia y Gynecologia. 1,987;47(2):79-81.
20. HURLLOCK E. La Adolescencia. Psicología del Adolescente. 1,980;4:15-36.
21. INGA E. Adolescencia y Embarazo. Hospital de Chopen. 1,991 Tesis para optar el Título profesional en Obstetricia. Tarapoto - UNSM. Facultad de Obstetricia. 1,991.
22. KEMPE CH., SILBER HK O'BRIEN O. Current de Pediatría. Diagnóstico y tratamiento pediátricos 1,981.
23. KLEIN L. Antecedentes del Embarazo Adolescente. Clinicas Obstetricas y Ginecológicas. 1,978;4(12):1,199-1,208.

24. KUROKI I. y cols. Estudio Clínico del Hijo Primigesta Juvenil  
V Congreso Peruano Ginecología y Obstetricia. 1,979.  
Resúmenes 91.
25. LA GUARDIA K., DRUZIN M., EADES C. Maternity shelter care  
for adolescent it's effect on incidencia of low birth weight.  
Am J. Obstet Gynecol. 1,989;161(2):303-306.
26. LOLI A. Estudio Clínico de la Cesárea en Adolescentes.  
Diagnóstico 1,990;25(5-6):86-91.
27. LOLI A. El Embarazo Juvenil: Un Estudio Clínico. Diagnóstico  
1,979;4(5):237-244.
28. LÓPEZ y cols. Consideraciones Biológicas en la Gestante  
Adolescente. Revista Latinoamericana perinatal.  
1,986;6(4):115-122.
29. MARIN C. El Control prenatal en el Perú: hoy y mañana.  
Niños 1,989; N°7:4-7.
30. MARIN C. El futuro : anticonceptivo de elección para los  
jóvenes. Niños 1,989;N-6:27-30.
31. MARTINEZ y cols. Experiencia en Unidad de Gestantes Precoces.  
Revista Chilena Obstetricia y Gynecologia. 1,985;50(2):127-  
139.
32. MASCAHO P., BACHMANN C. Mortalidad Materna en el Hospital  
Maternidad de Lima. Ginecología y Obstetricia 1,985;29(1):  
33-37.
33. MOLINA R., ROMERO M. El Embarazo en la Adolescencia: La  
Experiencia Chilena. OPS. Publicación científica.  
1,985;(489):208-220.
34. MORAN A. El Hijo de la Madre Adolescente : Aspectos

- Neonatales. Acta Médica Peruana 1,985;XIII (4):29-31.
35. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. El Embarazo y el Aborto en la Adolescencia. Informe de una reunión en Ginebra 1,985.
  36. PRITCHARD JA., MAC DONALD PC., GANT NF. Williams Obstetricia Barcelona. Editorial Salvat. Tercera edición 1,986.
  37. PONCE DE LEON O. El Embarazo de Alto Riesgo. Ginecología y Obstetricia 1,986;30(2):37-41.
  38. RIOS R. Gestación en Mujeres Menores de 16 años en el Hospital Cayetano Heredia de Lima. Tesis de Bachiller en Medicina UPCH Lima - Perú. 1,984.
  39. RYAN G., SCHNEIDER J. Teenage Obstetric Complications. Clinicas Obstetricas y Gynecológicas 1,978;21(4):1,192-1,197.
  40. RUIZ V., LOPEZ JA. Cesárea en la Adolescente. Ginecología y Obstetricia de México. 1,974;36(218):369-374.
  41. SILBER TJ. Diagnóstico del Embarazo en la Adolescente. OPS. Publicación Científica. 1,985(489):205-207.
  42. SOLIS F., MARDONES G.. Aspectos Demográficos de la Población Adolescente Chilena. Cuad. Méd. Soc. (Santiago de Chile). 1,986;27(2):51-62.
  43. SOTO M. La Edad de las Primigestas como Factor de Riesgo en la Morbi-mortalidad Materno Perinatal. Hospital Regional del Amazonas - Iquitos. Tesis para optar el título profesional de Obstetrix. UNSM - Tarapoto. 1,991.
  44. STANLEY M., GARN Ph.D., AUDREY S., PETXOLD. Characteristics of the mother and Child in Teenage Pregnancy. Am J Dis Child 1,983;137(4):365-368.
  45. TAVARA B. La Edad como Factor de Riesgo en las Primerizas.

Acta medica peruana. 1,984;11(4):36-42.

46. ZUCKERMAN B., y cols. Adolescent pregnancy: Biobehavioral determinants of outcome. Journal of Pediatrics 1,984;105(6): 857-863.

ANEXO 01 : PROTOCOLO DE DATOS

GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES

HOSPITAL DE APOYO - IPSS - TARAPOTO. 1,991

N. CASO : .....

N. M.C.I .....  
.....

1.- EDAD

13  
14  
15  
16  
17  
18

2.- ESTADO CIVIL

Soltera  
Conviviente  
casada

3.- GRADO DE INSTRUCCION

Analfabeta  
Primaria incompleta  
Primaria completa  
Secundaria incompleta  
Secundaria completa  
Superior  
no consignado

4.- PROCEDENCIA

Urbano  
Urbano-marginal  
Rural

5.- EDAD GESTACIONAL

28 - 36 sem.  
37 - 42 sem.  
> 42 sem.  
no consignado

6.- CONTROL PRE-NATAL

Hosp. Apoyo-II-IPSS-Tpto.  
Otro hospital  
Centro de Salud  
Particular  
no controladas

7.- TIPO DE PELVIS

Ginecoide  
Anormal  
no consignado

8.- VIA DE PARTO

Vaginal  
Abdominal

9.- TIPO DE PARTO

Eutócico  
Vag. podálico  
Vag. gemelar  
Instrumentado  
Cesárea

10. PATOLOGÍA MÉDICA

INTERCURRENTE  
Anemia  
Infección vías urinarias  
Vulvovaginitis  
Antecedente TBC  
Condiloma  
Asma bronquial  
Otros

11. MORBILIDAD OBSTÉTRICA PRE-  
PARTO

Pre-término  
Ruptura prematura membranas  
Toxemia  
Feto en podálico  
R.C.I.U.  
Post-datismo  
Ubito fetal  
Placenta previa

12. MORBILIDAD OBSTÉTRICA INTRA-  
PARTO

Sufrimiento fetal  
Circular simple cordón umb.  
Desproporción feto-pélvica  
Desgarro vaginal  
Laceración de Cérvix.

13. MORBILIDAD OBSTETRICA POST-PARTO

Endometritis  
Dehiscencia de episiotomía  
Infección herida operatoria  
Infección vías urinarias  
Alumbramiento incompleto

14. PESO DEL RECIEN NACIDO

< 1,250 grs.  
1,250 - 2,499 grs.  
2,500 - 3,999 grs.  
mayor de 4,000 grs.

15. APGAR AL PRIMER MINUTO

0  
1 - 3  
4 - 6  
7 - 10

16. APGAR A LOS CINCO MINUTOS

0  
1 - 3  
4 - 6  
7 - 10

17. DURACION DEL TRABAJO DE PARTO  
VAGINAL

Primer periodo :  
Rápido ( < 6 horas )  
Normal  
Prolongado ( > 16 horas )  
No consignado

Segundo periodo :  
Rápido ( < 30 minutos )  
Normal  
Prolongado ( > 2 horas )  
No consignado

Tercer periodo :  
Normal  
Prolongado ( > 30 minutos )  
No consignado

**ANEXO 02 : CUADROS**

**GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES**

**HOSPITAL DE APOYO - II - IPSS - TARAPOTO, 1.991**

CUADRO N. 01 : INCIDENCIA

TOTAL DE PARTOS	N. CASOS	%
1,735	210	12.10

1 caso cada 8 partos.

**GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES**

**HOSPITAL DE APOYO - II - IPSS - TARAPOTO, 1.991**

CUADRO N. 02 : COMPARACION DE INCIDENCIA CON OTROS HOSPITALES

AUTOR	HOSPITAL	PERIODO	INCIDENC.	ESTADIST.
GARCIA M.	Hosp. Apoyo-II-IPSS-Tarapoto.	1,991	1/8	-----
CONTRENAS J.	Hosp. Arzobispo Loayza	1,988	1/11	SIGNIF.
TAVANA L.	Hosp. Materna Infantil San Bartolomé-Lima.	1,968 1,980	1/26	SIGNIF.
CHAVEZ I.	Hosp. Regional Cayetano Heredia - Piura	1,980 1,987	1/10	NO SIGNIF.
MASCARO P.	Hosp. Maternidad Lima	1,979 1,983	1/5	SIGNIF.
SOTO M.	Hosp. reg. del Amazonas Iquitos - Perú.	1,991	1/4	SIGNIF.
INCA E.	Hosp. Chopen-La Libertad	1,991	1.15	SIGNIF.

GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES

HOSPITAL DE APOYO - II - IPSS - TARAPOTO. 1,991

CUADRO N. 03 : COMPARACION DE INCIDENCIA CON AUTORES EXTRANJEROS

AUTOR	HOSPITAL	PERIODO	INCIDENC	ESTADIST.
GARCIA, M.	Hosp. Apoyo-II-IPSS- Tarapoto.	1,991	1/6	-----
LOPEZ, J.	Hosp. Dr. Acosta Prince Lara Puerto Cabello Venezuela.	1,977 1,988	1/9	NO SIGNIF.
PAHUEU, J.	Cent'ro hosp. "20 de Noviembre" I.S.S.G.I.E. México.	1,969 1,973	1/40	SIGNIF.
ARINO, M.	Hosp. Monsenor Sanabria de Punta Arenas - Costa Rica.	1,993	1/10	NO SIGNIF.
ZUCKERMAN	Hosp. Boston University School of medicine	1,981	1/4	
SOLIS, K.	Hosp. Santiago de Chile	1,964		
BALVEZ, M.	Hosp. Materno-Infantil de Tarija - Bolivia	1980		



GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES

HOSPITAL DE APOYO - II - IPSS - TARAPOTO. 1,991

CUADRO N. 04 : CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION  
POBLACION N. : 210

CARACTERISTICAS	N.	%
<u>EDAD</u>		
13	03	01.43
14	11	05.24
15	30	14.29
16	36	17.14
17	59	28.09
18	71	33.81
<u>ESTADO CIVIL</u>		
Soltera	54	25.71
Conviviente	97	46.19
Casada	59	28.10
<u>GRADO DE INSTRUCCION</u>		
Analfabeta	01	0.48
Primaria incompleta	20	9.52
Primaria completa	66	31.43
Secundaria incompleta	93	44.29
Secundaria completa	20	9.52
Superior	05	2.38
No consignado	05	2.38
<u>PROCEDENCIA</u>		
Urbano	137	65.24
Urbano-marginal	43	20.48
Rural	30	14.28

GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES

HOSPITAL DE APOYO - II - IPSS - TARAPOTO. 1.991

CUADRO N. 05 : CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

POBLACION N. : 210

CARACTERISTICAS	N.	%
<b><u>EDAD GESTACIONAL</u></b>		
26 - 36 Sem.	21	10.00
37 - 42 Sem.	188	88.10
> 42 Sem.	04	1.90
<b><u>CONTROL PRE-NATAL</u></b>		
Hosp. Apoyo-II-IPSS-Ipto.	99	47.14
Otro hospital	07	3.33
Centro de Salud	11	5.24
Particular	09	4.29
no	84	40.00
<b><u>TIPO DE PELVIS</u></b>		
Ginecoide	188	89.52
Anormal	19	9.05
No consignado	03	1.43
<b><u>VIA DE PARTO</u></b>		
Vaginal	189	90.00
Abdominal	21	10.00
<b><u>TIPO DE PARTO</u></b>		
Eutócico	183	87.14
Vag. Podálico	03	1.43
Vag. Gemelar	01	0.48
Instrumental	02	0.95
Cesárea	21	10.00

**GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES**

**HOSPITAL DE APOYO - II - IPSS - TARAPOTO. 1,991**

CUADRO N. 06 : COMPLICACIONES DE LA GESTACION

COMPLICACIONES	N.	%
<b><u>PATOLOGIA MEDICA INTERCORRENTE</u></b>		
Anemia	34	16.19
Infección de Vías Urinarias	29	13.81
Vulvovaginitis	15	7.14
Antecedente de Tuberculosis	04	1.90
Condiloma	03	1.43
Asma bronquial	02	0.95
Otros	03	1.43
<b><u>MORBILIDAD OBSTETRICA EN PRE-PARTO</u></b>		
Pre-término	21	10.00
Ruptura prematura de membranas	15	7.14
Toxemia	13	6.19
Feto en podálico	05	2.38
Retardo Crecimiento Intrauterino	05	2.38
Post-datismo	05	2.38
Obito fetal	04	1.90
Placenta previa	01	0.47
<b><u>MORBILIDAD OBSTETRICA INTRA-PARTO</u></b>		
Sufrimiento fetal	28	13.33
Circular simple cordón umbilical	27	12.86
Desproporción Céfalo Pélvica	15	7.14
* Desgarro vaginal de 1er. grado	04	2.12
* Desgarro vaginal de 3er. grado	02	1.06
* Laceración de cérvix	01	0.53
<b><u>MORBILIDAD OBSTETRICA POST-PARTO</u></b>		
* Endometritis post-parto vaginal	13	6.88
* Dehiscencia de episiotomía	08	4.23
* Infección de herida operatoria	07	33.33
* Infección de vías urinarias	06	2.86
* Endometritis post-cesárea	05	23.81
* Alumbramiento incompleto	04	1.90

Porcentaje tomado sobre el total de gestantes ( n=210)

\* Porcentaje tomado sobre el total de partos vaginales (n=109)

® Porcentaje tomado sobre el total de cesáreas ( n = 21 )

### GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES

HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO - II - IPSS - TARAPOTO, 1,991

CUADRO N.º 07 : INDICACION PRINCIPAL DE CESÁREA  
POBLACION N.º : 21

INDICACIONES	N.	%
Pelvis estrecha	08	38.10
Feto en podálica	04	19.05
Toxemia	03	14.29
Sufrimiento fetal	02	9.52
Desproporción céfalo pélvica	01	4.76
Placenta previa	01	4.76
Otros	02	9.52

### GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES

HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO - II - IPSS - TARAPOTO, 1,991

CUADRO N.º 08 : CARACTERISTICAS GENERALES DEL RECIEN NACIDO  
POBLACION N.º : 211

CARACTERISTICA	N.	%
<b>SEXO</b>		
Femenino	112	53.08
Masculino	99	46.92
<b>PESO (grs.)</b>		
< de 1,250	03	0.47
1,250 - 2,499	29	13.74
2,500 - 3,999	170	82.74
> de 4,000	09	4.26
<b>APGAR AL PRIMER MINUTO</b>		
0	04	1.90
1 - 3	01	0.47
4 - 6	15	7.11
7 - 10	191	90.52
<b>APGAR A LOS CINCO MINUTOS</b>		
0	06	2.84
1 - 3	---	---
4 - 6	01	0.47
7 - 10	204	96.68

GESTACION EN PRIMIPARAS ADOLESCENTES

HOSPITAL DE APOYO - II - IFSS - TARAPOTO. 1.991

CUADRO N. 07 : DURACION DEL TRABAJO DE PARTO VAGINAL

POBLACION N. : 139

PERIODO	N.	%
<b>PRIMER PERIODO</b>		
Rápido ( < 6 horas )	43	22.75
Normal	104	55.03
Prolongado ( > 16 horas )	23	13.23
No consignado	17	8.99
<b>SEGUNDO PERIODO</b>		
Rápido ( < 30 minutos )	95	50.26
Normal	73	38.62
Prolongado ( > 2 horas )	04	2.12
No consignado	17	8.99
<b>TERCER PERIODO</b>		
Normal	165	87.30
Prolongado ( > 30 minutos )	07	3.70
No consignado	17	8.99

