

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



FACULTAD DE OBSTETRICIA

*“GESTACION EN MUJERES MENORES DE DIECINUEVE
AÑOS EN EL HOSPITAL I INTEGRADO I. P. S. S.
MOYOBAMBA AÑO 1,982 — 1,992”*

TESIS

para optar el título profesional de:

OBSTETRA

TESISTA :

Bach. : Kieffer Segundo Bazán Vargas

ASESORES:

Dr. : Augusto Llontop Reátegui

Dr. : Washington Vásquez Cachay

Tarapoto

—

Perú

1,994

A mis padres Kieffer Artemio y
Carmen, por su amor, ejemplo y
sacrificio.

A mis hermanos: Gladys, Luz y
Tercero por su ayuda,
comprensión y paciencia.

INDICE GENERAL

	Página
I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCION	3
III. OBJETIVOS.....	5
IV. MATERIAL Y METODOS	6
V. RESULTADOS	11
VI. DISCUSION	34
VII. CONCLUSIONES.....	43
VIII. RECOMENDACIONES.....	45
IX. BIBLIOGRAFIA.....	46

INDICE DE CUADROS

	Página
CUADRO N ^o 1 : Incidencia de partos en menores de 19 años entre 1982-1992.....	12
CUADRO N ^o 2 : Distribución por edad de las gestantes menores de 19 años	13
CUADRO N ^o 3 : Edad ginecológica de las madres ..	14
CUADRO N ^o 4 : Estado civil	15
CUADRO N ^o 5 : Relación del estado civil con el parto prematuro	15
CUADRO N ^o 6 : Control prenatal	16
CUADRO N ^o 7 : Relación del control prenatal con el parto prematuro	17
CUADRO N ^o 8 : Número de antecedentes patológicos previos al embarazo...	17
CUADRO N ^o 9: Antecedentes patológicos previos al embarazo.....	18
CUADRO N ^o 10: Número de entidades patológicas durante el embarazo	19
CUADRO N ^o 11: Patologías durante el embarazo ...	20
CUADRO N ^o 12: Relación de la anemia con otras variables materno fetales	21
CUADRO N ^o 13: Relación de la toxemia con otras variables materno fetales ..	21
CUADRO N ^o 14: Número de entidades patológicas	

	durante el parto	22
CUADRO N ^o 15:	Patología durante el parto	23
CUADRO N ^o 16:	Relación de la desproporción feto pélvica con la edad materna.....	24
CUADRO N ^o 17:	Relación de la desproporción feto pélvica con otras variables materno-fetales.....	24
CUADRO N ^o 18:	Relación del parto prematuro con otras variables materno fetales	25
CUADRO N ^o 19:	Riesgo Obstétrico	26
CUADRO N ^o 20:	Tipo de parto	27
CUADRO N ^o 21:	Relación entre el tipo de parto y las complicaciones puerperales..	27
CUADRO N ^o 22:	Número de entidades patológicas presentadas en el puerperio	28
CUADRO N ^o 23:	Complicaciones puerperales	29
CUADRO N ^o 24:	Edad gestacional	30
CUADRO N ^o 25:	Peso del recién nacido	30
CUADRO N ^o 26:	Hipoxia neonatal	31
CUADRO N ^o 27:	Mortalidad en el recién nacido ...	32
CUADRO N ^o 28:	Causas de muerte perinatal	33

" El embarazo adolescente, debe ser considerado de alto riesgo, por cuanto comporta mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y problemas sociales añadidos". (12).

A los Doctores Augusto LLontop
Reátegui y Washington Vásquez
Cachay por sus invalorable
ayuda en la realización de
éste trabajo.

Mi sincero agradecimiento a
mis profesores que hicieron
posible la culminación de mi
anhelada aspiración.

RESUMEN

Estudio retrospectivo realizado en 1381 partos en menores de diecinueve años atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital I Integrado I.P.S.S. Moyobamba entre Enero de 1982 y Enero de 1992, con una incidencia de 20.1%. El 97.9% de partos ocurrieron en pacientes mayores de 15 años. El 70.2% fueron solteras y convivientes, recibieron control prenatal inadecuado el 70.7%. Las madres solteras y convivientes tuvieron con mayor frecuencia parto prematuro. El 39.3% fue catalogado de alto riesgo obstétrico al ingresar al hospital. El riesgo obstétrico elevado se relacionó significativamente con la edad materna y las complicaciones de la gestación (toxemia y parto prematuro). Las complicaciones del embarazo y parto más frecuentes fueron anemia (68.5%), infecciones (TBC-ITU-EIP) (36.5%), toxemia (28.7%), sufrimiento fetal agudo (29.2%), anormalidades de la dinámica del parto (24.6%), parto prematuro (9.8%), desproporción feto pélvica (9.7%). La frecuencia del parto instrumentado y abdominal fue del 11.5% y del 15.4% respectivamente. La incidencia de complicaciones puerperales fue del 56%, siendo las más frecuentes endometritis (30.3%), infección del tracto urinario (16.22%).

El 9.9% de los productos fueron prematuros. El 37.2% tuvo puntaje APGAR bajo en el primer minuto, y el 16% a los cinco minutos de vida. La tasa de mortalidad perinatal fue de 56 por mil nacidos vivos.

Los productos que nacieron con peso inferior a los 2500 Grs., fueron de madres más jóvenes sin control prenatal y con un mayor número de complicaciones durante la gestación. La ausencia de control prenatal, el elevado número de complicaciones especialmente toxemia, sufrimiento fetal agudo, anormalidades de la dinámica uterina, desproporción feto pélvica y parto prematuro se asociaron significativamente con la hipoxia y mortalidad perinatal. La morbilidad puerperal se relacionó significativamente con el parto instrumentado y abdominal.

INTRODUCCION

En el Perú, de cada 100 mujeres embarazadas 20 son adolescentes, según datos del Instituto Nacional de Estadística y de la Encuesta Nacional de Salud (ENDES) para 1,992.(14).

No cabe duda que la vida sexual en los jóvenes viene empezando cada vez más temprano como resultado de mayores libertades sociales, cambios culturales manifiestos y la falta de una adecuada educación sexual integral. Uno de los efectos negativos de ésta precocidad en la vida sexual es el embarazo y todas sus consecuencias.(21).

Es conocido que la actividad sexual a edades cada vez más tempranas expone a las jóvenes a la posibilidad de un embarazo, que con frecuencia es no deseado ú ocurre antes del matrimonio puesto que desafortunadamente las mujeres son fértiles varios años antes de la edad considerada como la apropiada para el embarazo.(21).

Los efectos negativos de la gestación a edades muy tempranas sobre la madre y sobre el niño han sido

establecidos en varios reportes (10,5,20,16). Se ha escrito que el embarazo y el parto en mujeres adolescentes afecta las cifras de mortalidad materna, toxemia (4,20), anormalidades de la dinámica del parto, bajo peso al nacer, parto prematuro, mortalidad perinatal (10,18).

Por las consideraciones antedichas hemos querido llevar acabo una revisión sobre la gestación en mujeres menores de diecinueve años que se atendieron en el Hospital I Integrado IPSS - Moyobamba; para que de éste modo podamos conocer nuestra realidad en éste aspecto lo que nos permita plantear algunas recomendaciones que nos parecen importantes.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la incidencia de Partos en gestantes menores de 19 años en el Hospital I Integrado IPSS-Moyobamba.
- 2.- Conocer la frecuencia del Parto Normal y Distócico en gestantes Menores de 19 años.
- 3.- Dar a conocer las complicaciones o Patologías que conllevan una Gestación-Parto en adolescentes menores de 19 años.
- 4.- Determinar la incidencia de morbilidad Perinatal en gestantes menores de 19 años.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio retrospectivo fue realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital I Integrado IPSS - Moyobamba (HII-IPSS-M) entre Enero de 1982 y Enero de 1992.

1. Selección de la Población

Para la realización del presente trabajo se escogió la población de gestantes adolescentes menores de diecinueve años, debido a que en éste grupo etáreo se presentan los mayores riesgos y complicaciones obstétricas, psicológicas y sociales que afectan el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido (20).

2. Descripción de la Población

Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes menores de diecinueve años cuyo parto fue atendido en éste hospital, que es el nosocomio de referencia de los centros periféricos en ésta zona urbano rural, caracterizada por sus escasos recursos socio - económico - culturales y de salud.

3. VARIABLES ESTUDIADAS

Edad materna, edad de la menarquia, estado civil, control prenatal, historia obstétrica, antecedentes patológicos, patología durante el embarazo y el parto, edad gestacional por fecha de última regla, tipo de parto, riesgo obstétrico de acuerdo al puntaje establecido en el Departamento de Obstetricia, complicaciones puerperales, mortalidad materna, peso del recién nacido, puntaje APGAR al minuto de vida, puntaje APGAR a los cinco minutos de vida, mortalidad perinatal y causa probable de muerte.

4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos se codificaron y se ingresaron a una micro computadora IBM PC con un programa utilitario de tipo "Hoja Electrónica", llamado LOTUS 123.

El análisis estadístico se realizó con el programa "SPSS/PC".

Se emplearon las siguientes pruebas estadísticas:

- Comparación de frecuencias.
- Chi-cuadrada para datos agrupados.

Una vez procesada la información se procedió a analizar é interpretar las relaciones significativas entre las variables estudiadas, comparándolas con las reportadas por otros autores.

DEFINICIONES

EDAD GINECOLOGICA

Es la diferencia que existe entre la edad cronológica y la edad de la menarquia. Es un parámetro indirecto para medir la madurez del aparato sexual de la mujer.(7).

PUNTAJE DE RIESGO OBSTETRICO

Toda paciente que acude al hospital integrado I IPPS- moyobamba ya sea por consultorio externo de obstetricia, para su control prenatal, o por emergencia para atención del parto es catalogada con un puntaje de riesgo, de acuerdo a una ficha precodificada (23) en la que se han considerado diferentes factores, que pudieran influenciar el resultado del embarazo.(ver anexo 3).

PARTO PREMATURO:

Es aquel parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación (antes de los 259 días).(7).

BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO:

Cuando el producto pesa menos de 2500 Grs al nacer.(7).

MUERTE FETAL TARDIA:

Cuando ocurre entre las 28 semanas de gestación y

parto inclusive.(7).

MUERTE NEONATAL PRECOZ:

Cuando ocurre durante los 7 primeros días de vida.(7).

MUERTE PERINATAL:

Es la suma de las muertes fetales tardías y neonatales precoces.(7).

ANEMIA EN LA GESTACION:

Es una complicación médica frecuente que se produce durante la gestación, en la cual el volumen sanguíneo aumenta en un 45-50%, que da origen a una hemodilusión, de modo que el recuento de hematíes en la sangre disminuye.(1).

RESULTADOS

Se hallaron 1381 pacientes y 1389 productos en menores de diecinueve años (ocho partos gemelares), que corresponden al 20.1% del total de partos atendidos en éste hospital en el período en estudio, que fueron 6865. Los casos se distribuyeron anualmente sin una variación significativa con respecto al total de partos atendidos en el H-I-I-IPSS-M. En 1,982 el porcentaje de partos fue de 22.91% mayor que en 1,992 que fue de 14.57% (Cuadro N^o 1).

Se estudio la incidencia con respecto a la edad de las pacientes (13 a 19 años), estado civil de las mismas, control prenatal y número de entidades patológicas presentados, no encontrándose variación estadísticamente significativa durante el periodo de estudio ($p>0.05$).

CUADRO No.1

INCIDENCIA DE PARTOS EN MENORES DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-IPSS-M 1982-1992			
AÑO	PARTOS/AÑO	PARTOS EN < 19 AÑOS	%
1982	515	118	22.91
1983	529	142	26.84
1984	509	120	23.57
1985	603	132	21.89
1986	604	136	22.51
1987	746	168	22.52
1988	555	111	20.0
1989	637	119	10.68
1990	676	111	16.42
1991	681	106	15.56
1992	810	118	14.56
TOTAL	6865	1381	20.11

EDAD CRONOLOGICA

Las edades de las pacientes fluctuaron entre los 13 y 19 años. La frecuencia de los embarazos fué directamente proporcional a la edad de las madres. El 2.1% (29 embarazos) ocurrieron en mujeres menores de 14 años, y el 97.9% (1352 embarazos) ocurrieron en mujeres mayores de 15 años. (cuadro No.2).

CUADRO No.2

DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS GESTANTES MENORES DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-IPSS-M 1982-1992			
EDAD	Nº	%	% ACUMULADO
13	3	0.2	2.1%
14	26	1.9	
15	95	6.9	97.9%
16	221	16.0	
17	327	23.6	
18	366	26.5	
19	343	24.9	
TOTAL	1381	100.0	100%

El 84.2% de las pacientes (1163) fueron primigrávidas y el 86.5% (1188) primíparas.

EDAD GINECOLOGICA

El dato de edad ginecológica solo se pudo obtener de 600 pacientes (43.4%). La edad ginecológica en el momento del parto fluctuó entre uno a seis años, hallándose que la mayoría de partos ocurrieron en las pacientes entre dos y cinco años de edad ginecológica (9.9%) (Cuadro Nº 3).

A pesar de que faltó el dato de edad ginecológica en más del 50% de pacientes, se investigó su posible relación con la patología durante el embarazo y el

parto (desproporción feto pélvica, toxemia), tipo de parto (vaginal eutócico, instrumentado o abdominal), complicaciones puerperales (infección del tracto urinario, endometritis, etc.); y con las características del producto.

Los resultados no mostraron relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

CUADRO No. 3

EDAD GINECOLOGICA EN MADRES MENORES DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992			
EDAD GINECOLOGICA	Nº	%	% ACUMULADO (*)
1	8	1.3	1.3
2	81	13.5	90.0
3	186	31.0	
4	152	25.3	
5	121	20.1	
6	52	8.6	8.6
DESCONOCIDA	781	56.5	-.-
TOTAL	1381	100.0	100.0 %

(*) Porcentaje tomado sobre 600 (100%) casos.

ESTADO CIVIL

El 70% de las madres adolescentes se encontraban en un "estado civil informal": 579 pacientes (42.0%) eran solteras y 390 (28.2%) convivientes. Solo 412 (29.8) estuvieron casadas. (Cuadro Nº 4).

CUADRO No.4

ESTADO CIVIL EN GESTANTES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
ESTADO CIVIL	Nº	%
SOLTERAS	579	42.0
CONVIVIENTES	390	28.2
CASADAS	412	29.8
TOTAL	1381	100.0

Al correlacionar el estado civil con la prematuridad, se evidenció que las solteras y convivientes tuvieron una frecuencia significativamente mayor de parto prematuro ($p < 0.05$) (Cuadro No 5).

CUADRO No.5

RELACION DEL E.CIVIL CON EL PARTO PREMATURO EN MADRES < DE 19 AÑOS					
	TERMINO		PREMATURO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
SOLTERAS	513	88.1	69	11.8	582
CONVIVIENTES	375	89.28	45	10.7	420
CASADAS	364	94.0	23	5.9	387
TOTAL	1252	90.1	137	9.8	1389(*)

(*) Hubieron 8 partos gemelares en las 1381 pacientes.

No existió asociación estadísticamente

significativa del estado civil con el número de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, riesgo obstétrico, tipo de parto, ni con las características del producto ($p > 0.05$).

CONTROL PRENATAL

El 70.7% de madres adolescentes (976 casos), recibieron atención médica inadecuada durante el embarazo, no sobrepasando los tres controles y sin seguir una secuencia mínima, indistintamente en los centros de salud periféricos (21.1%), como en el hospital (38.2%) (Cuadro No 6).

CUADRO No.6

CONTROL PRENATAL		
	NO	%
SIN CONTROL PRENATAL	405	29.3
CON CONTROL PRENATAL	976	70.7
T O T A L	1381	100.0

Las pacientes que no recibieron control prenatal tuvieron una mayor frecuencia de partos prematuros, (22.1%) .(Cuadro No 7).

CUADRO No.7

RELACION DEL CONTROL PRENATAL CON EL PARTO PREMATURO EN < DE 19 AÑOS					
	A TERMINO		PREMATURO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
CON CONTROL PRENATAL	936	95.2	47	4.8	983
SIN CONTROL PRENATAL	316	77.9	90	22.1	406
T O T A L	1252	90.0	137	10.0	1389*

(*) 8 partos son gemelares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PREVIOS AL EMBARAZO.

Se encontró 660 pacientes (47.8%) negaron antecedentes patológicos Previos al embarazo, 587 (42.6%) refirieron uno, 118 pacientes (8.5%) y 16 pacientes (1.1%) con tres entidades.(Cuadro No.8).

CUADRO No.8

NUMERO DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN GESTANTES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
Nº DE ANTECEDENTES PREVIOS	Nº	%
NINGUNO	660	47.8
UNO	587	42.6
DOS	118	8.5
TRES	16	1.1
T O T A L	1381	100.0

De éste total de pacientes en estudio (1,381), 692 pacientes (50.1%) tuvieron historia previa al embarazo de infección (tuberculosis, infección del tracto urinario, parasitosis). (Cuadro No 9).

CUADRO No.9

ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN GESTANTES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
	Nº	%
NEGARON	660	47.8
INFECCION	692	50.1
ABORTO	102	7.3
CESAREA	28	2.0
PARTO PREMATURO	27	1.9
OTROS	22	1.4

PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO

El número de patologías que presentaron las pacientes fluctúan entre cero y cuatro. Ninguna en 94 casos (6.9%), una en 599 (43.3%), dos en 483 casos (35.0%) y mas de dos en el 14.8% de pacientes. (Cuadro No 10).

CUADRO No.10

NUMERO DE ENTIDADES PATOLOGICAS PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO EN < DE 19 AÑOS		
NUMERO DE ENTIDADES PATOLOGICAS	Nº PACIENTES	%
NINGUNA	94	6.9
UNA	599	43.3
DOS	483	35.0
TRES	180	13.0
CUATRO	25	1.8
T O T A L	1381	100.0

En el 93.1% del total de pacientes se halló algún tipo de patología complicando el embarazo. Las entidades mas frecuente fueron: anemia (68.5%), infecciones (TBC,ITU,EIP) (36.5%), toxemia (28.5), hiperemesis gravídica (15.8%), ruptura prematura de membranas (6.5%). (Cuadro Nº 11).

CUADRO No.11

PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
	NUMERO	%
NINGUNA	94	6.9
ANEMIA	947	68.5
INFECCIONES (TBC-ITU-EIP)	505	36.5
TOXEMIA	395	28.7
HIPEREMESIS GRAVIDICA	218	15.8
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	91	6.5
HEMORRAGIAS 1er.y 3er. TRIMESTRE	38	2.8
SOBREMADUREZ	11	0.8

Estas patologías a excepción de las infecciones se asociaron con otras variables:

ANEMIA - TOXEMIA, muestran una incidencia de 68.5% y 28.7% respectivamente. Así como una relación estadísticamente significativa con el alto riesgo obstétrico, con parto instrumentado o abdominal, con puntaje APGAR bajo al minuto de vida del recién nacido y mayor número de complicaciones puerperales destacando entre ellas la endometritis. (Cuadros No 12 y 13).

CUADRO No.12

RELACION DE LA ANEMIA CON OTRAS VARIABLES MATERNA FETALES EN GESTANTES < DE 19 AÑOS				
	ANEMIA CON:			
	Nº	% *	P	ESTADIS.
COMPLIC. PUERPERALES	536	56.5	<0.0005	SIGNIFIC.
RIESGO OBST. ALTO	445	46.9	<0.0091	SIGNIFIC.
APGAR AL 1'BAJO EN RN	382	40.3	<0.0005	SIGNIFIC.
ENDOMETRITIS	301	31.7	<0.0005	SIGNIFIC.
PARTO INST.O ABD.	274	28.9	<0.0005	SIGNIFIC.

* Porcentaje tomado sobre el total de PACIENTES ANEMICAS: 947 (100 %).

CUADRO No.13

RELACION DE LA TOXEMIA CON OTRAS VARIABLES MATERNO FETALES EN GESTANTES < DE 19 AÑOS				
	TOXEMIA CON:			
	Nº	% *	P	ESTADIS.
COMPLIC. PUERPERALES	257	65.0	<0.0005	SIGNIFIC.
RIESGO OBST. ALTO	250	63.2	<0.0091	SIGNIFIC.
APGAR AL 1'BAJO EN RN	211	53.4	<0.0005	SIGNIFIC.
ENDOMETRITIS	165	41.7	<0.0005	SIGNIFIC.
PARTO INST.O ABD.	131	33.1	<0.0005	SIGNIFIC.

* Porcentaje tomado sobre el total de PACIENTES TOXEMICAS: 395 (100%).

PATOLOGIAS DURANTE EL PARTO

El número de entidades patológicas que presentaron las pacientes fluctuó entre cero y cinco. Ninguna en 730 casos (52.9%), una en 231 casos (16.8%), dos en 265 casos (19.2%), más de dos en el 11.1% de casos. (Cuadro No 14).

CUADRO No.14

NUMERO DE ENTIDADES PATOLOGICAS PRESENTADAS DURANTE EL PARTO EN < DE 19 AÑOS		
NUMERO DE ENTIDADES PATOLOGICAS	Nº PACIENTES	%
NINGUNA	730	52.9
UNA	231	16.8
DOS	265	19.2
TRES	126	9.1
CUATRO	27	1.9
CINCO	2	0.1
T O T A L	1381	100.0

En el 47.1% del total de pacientes, se encontró algún tipo de patología complicando el parto. Las entidades mas frecuentes fueron: Sufrimiento fetal agudo 29.2%, anormalidades de la dinámica del parto (hipodinamia uterina, período expulsivo prolongado) 24.6%, parto prematuro 9.8% y desproporción feto pélvica 9.7%. (Cuadro No 15).

CUADRO No.15

PATOLOGIAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES < DE 19 ANOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
	Nº	%
NINGUNA	730	52.9
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	404	29.2
PERIODO EXP.PROLONGADO	187	13.5
HIPODINAMIA UTERINA	154	11.1
PARTO PREMATURO	136	9.8
DESP.CEFALO PELVICA	134	9.7
ESTRECHEZ PELVICA	70	5.0
ECLAMPSIA	55	3.9
DILATAACION ESTACIONARIA	40	2.8
HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO	32	2.3
DISTOCIA DE PRESENTACION	31	2.2
PARTO MULTIPLE	8	0.5
PROCUBITO DE CORDON UMBILICAL	6	0.4

Estas entidades se asociaron con otras variables:

- a.- DESPROPORCION CEFALO PELVICA se relacionó en forma estadísticamente significativa con la edad de la madre, el peso del recién nacido ($p < 0.0005$) y el APGAR bajo al minuto (hipoxia) ($p < 0.0007$). Hallándose igualmente relación significativa con el APGAR a los cinco minutos y la muerte perinatal ($p < 0.0005$). (Cuadros 16 y 17).

CUADRO No.16

RELACION DE LA DCP CON LA EDAD MATERNA EN < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-IPSS-M 1982-1992					
EDAD MATERNA	DESPROP.CEFALO PELVICA CON:				TOTAL
	NO	%	SI	%	
13	1	33.3	2	66.6	3
14	16	61.5	10	38.4	26
15	72	75.7	23	24.2	95
16	174	78.7	47	21.2	221
17	295	90.2	32	9.7	327
18	355	96.9	11	3.0	366
19	334	97.3	9	2.6	343
T O T A L	1247	90.2	134	9.7	1381

CUADRO No.17

RELACION DE LA DCP CON OTRAS VARIABLES MATERNO FETALES EN GESTANTES < DE 19 AÑOS				
	DCP CON:			ESTADIS.
	NO	% *	P	
PESO <2500 Grs.DEL RN	106	79.1	<0.0005	SIGNIFIC.
APGAR BAJO AL 1'	94	70.1	<0.0007	SIGNIFIC.
APGAR BAJO A LOS 5'	46	34.3	<0.0005	SIGNIFIC.
MORTALIDAD DEL R.N.	15	11.1	<0.0005	SIGNIFIC.

* Porcentaje tomado sobre el total de PACIENTES CON D.C.P.: 134 (100 %).

b.- EL PARTO PREMATURO se asoció significativamente al riesgo obstétrico alto, control prenatal, parto distócico y a una mayor mortalidad perinatal ($p < 0.0005$). (Cuadro No 18).

CUADRO No.18

RELACION DEL PARTO PREMATURO CON OTRAS VARIABLES MATERNO FETALES EN GESTANTES < DE 19 AÑOS				
PARTO PREMATURO CON:				
	Nº	% *	P	ESTADIS.
RIESGO OBST. ALTO	124	91.1	<0.0005	SIGNIFIC.
SIN CONTROL PRENATAL	90	66.1	<0.0005	SIGNIFIC.
PARTO INSTRUM.O ABDM.	51	37.5	<0.0005	SIGNIFIC.
MUERTE PERINATAL	37	27.2	<0.0005	SIGNIFIC.

* Porcentaje tomado sobre el total de PARTOS

PREMATUROS: 136 (100 %).

RIESGO OBSTETRICO

En éste grupo de pacientes el puntaje de riesgo obstétrico fluctuó entre cero y diez. El 39.3% (que hacen un total de 544 pacientes) fueron catalogadas de alto o muy alto riesgo obstétrico. (Cuadro No 19).

En éste estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre RPM y ALTO RIESGO OBSTETRICO.(VER ANEXO No 4. *).

CUADRO No. 19

RIESGO OBSTETRICO EN MUJERES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
RIESGO OBSTETRICO: PUNTAJE	Nº	%
BAJO (0-4)	837	60.7
ALTO (5-9)	505	36.5
MUY ALTO (10)	39	2.8
T O T A L	1381	100.0

TIPO DE PARTO

El 72.1% de pacientes (997 casos) tuvieron parto vaginal eutócico; el 15.4% de pacientes (214 casos) tuvieron parto abdominal por operación cesárea; el 11.5% de pacientes (159 casos) tuvieron parto vaginal instrumentado (fórceps o vacuum).

En dos casos se realizaron cesárea-histerectomía por desprendimiento prematuro de placenta con hipotonía uterina medicamente no controlable. (Cuadro Nº 20).

CUADRO No.20

TIPO DE PARTO EN GESTANTES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
	Nº	%
VAGINAL EUTOCICO	997	72.1
ABDOMINAL	214	15.4
VAGINAL INSTRUMENTADO	159	11.5
VAGINAL PODALICO	11	0.8
CESAREA HISTERECTOMIA	2	0.2
T O T A L	1383	100.0

El parto distócico se relacionó en forma estadísticamente significativa con la presencia de complicaciones puerperales y el número de las mismas, especialmente con la infección del tracto urinario y la endometritis puerperal ($p < 0.05$). (Cuadro No.21).

CUADRO No.21

RELACION ENTRE EL TIPO DE PARTO Y COMPLICACIONES PUERPERALES - ITU - ENDOMETRITIS					
TIPO DE PARTO	EUTOCICO		DISTOCICO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
P < 0.05					100%
PCIA.COMPLIC.PUERP	456	45.7	312	80.8	768
ENDOMETRITIS PUERP	208	20.8	210	54.4	418
INFECCION URINARIA	143	14.3	76	19.6	219

COMPLICACIONES PUERPERALES

La incidencia de morbilidad puerperal en madres adolescentes fué del 55.9%. El 33.5% (463 madres) presentaron una complicación, el 17.2% (238 madres) presentaron dos, el 4.0% presentaron tres y el 1.2% cuatro entidades patológicas durante el puerperio.

(Cuadro No 22).

CUADRO No.22

NUMERO DE ENTIDADES PATOLOGICAS PRESENTADAS EN EL PUERPERIO EN < DE 19 AÑOS		
NUMEROS DE ENTIDADES PATOLOGICAS	Nº	%
NINGUNA	609	44.1
UNA	463	33.5
DOS	238	17.3
TRES	54	4.0
CUATRO	17	1.2
T O T A L	1381	100.0

Las complicaciones puerperales más frecuentes fueron endometritis en el 30.3%, dehicencia e infección de episiotomía 22.5%, infección del tracto urinario 16.22%. (Cuadro No 23).

CUADRO No. 23

COMPLICACIONES PUERPERALES EN < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
	Nº	%
NINGUNA	609	44.1
ENDOMETRITIS	419	30.3
DEHICENCIA E INFECC. DE EPISIOTOMIA	311	22.5
ITU	224	16.2
INFECC. DE HERIDA OPERATORIA	52	3.7
OTROS	163	11.6

MORTALIDAD MATERNA

Ninguna gestante menor de 19 años murio en ésta serie. La mortalidad se contempló hasta el momento del alta de la paciente.

EL RECIEN NACIDO

EDAD GESTACIONAL POR F.U.R.

Las edades gestacionales en el momento del parto calculadas a partir de la última fecha de regla fluctuaron entre 32 y 42 semanas.

El 9.9% (137 pacientes) tuvieron productos de edad gestacional calculada ante parto inferior a las 37 semanas, todos los pesos de los productos correspondían a la prematuridad diagnosticada. (Cuadro Nº 24).

CUADRO No.24

EDAD GESTACIONAL POR FUR DE RN DE MADRES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
EDAD GESTACIONAL POR FUR.	Nº	%
32 - 36	137	9.9
37 - 42	1241	89.3
> 42	11	0.8
T O T A L	1389	100.0

PESO DEL RECIEN NACIDO

Se agruparon los pesos de los recién nacidos en tres rangos. El 29% tuvieron un peso inferior a 2500 gramos, entre los cuales no se presentaron productos con un peso inferior a 1250 gramos. (Cuadro Nº 25).

CUARDO No.25

PESO DEL RECIEN NACIDO DE MADRES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
PESO DEL RECIEN NACIDO	Nº	%
1250 - 2499 Grs.	404	29.0
2500 - 3999 Grs.	947	68.2
> 4000 Grs.	38	2.8
T O T A L	1389	100.0

HIPOXIA DEL RECIEN NACIDO POR PUNTAJE DE APGAR

Como índice de hipoxia durante el parto se tomó el puntaje APGAR al minuto y a los cinco minutos de nacido el producto (7). Se encontró lo siguiente: Neonatos con hipoxia severa en un 2.3%, con hipoxia moderada en un 34.9% y sin hipoxia el 62.8%.

En general la presencia de hipóxia al nacer en estos productos fue de 37.2% en el primer minuto y el 16% a los cinco minutos. (Cuadro No 26).

CUADRO No.26

HIPOXIA DURANTE EL PARTO EN RN DE MADRES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992				
GRADO DE HIPOXIA	APGAR AL 1'		APGAR A LOS 5'	
PUNTAJE DE APGAR	Nº	%	Nº	%
SEVERA (0-3)	32	2.3	34	2.4
MODERADA (4-6)	486	34.9	189	13.6
SIN HIPOXIA (7-10)	871	62.8	1166	84.0
T O T A L	1389	100.0	1389	100.0

En los 1389 recién nacidos de éstas madres adolescentes ocurrieron 78 muertes perinatales (5.5%). 17 casos correspondieron a muertes fetales tardías (12 por mil) y 61 a muertes neonatales precoces los cuales ocurrieron antes de la alta hospitalaria (44 por mil). Esto arroja una tasa de mortalidad perinatal de 56 por

mil recién nacidos vivos. (Cuadro Nº 27).

CUADRO No.27

MORTALIDAD DE RECIEN NACIDOS DE MADRES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992			
	Nº	%	TOTAL X MIL N.V
MORT. FETAL TARDIA	17	1.2	12
MORT. NEONATAL PRECOZ	61	4.3	44
MORT. PERINATAL	78	5.6	56

Los casos probables de muerte en éstos productos fueron: Hipóxia durante el parto 57 casos (73%) del total de muertes; prematuridad 36 casos (46.1%); hemorragia materna durante la labor de parto 19 casos (24.3%); sepsis neonatal 9 casos (11.5%). (Cuadros Nº 27 y 28).

CUADRO No.28

CAUSAS DE MUERTE DE RECIEN NACIDOS DE MADRES < DE 19 AÑOS EN EL H-I-I-M 1982-1992		
CAUSA	Nº	%
HIPOXIA DURANTE EL PARTO	57	73.0
PREMATURIDAD	36	46.1
HEMORRAGIA MATERNA	19	24.3
SEPSIS NEONATAL	9	11.5
OTROS	4	5.12
T O T A L	125	100.0

Las asociaciones de la muerte perinatal con los factores maternos ya fueron tratadas anteriormente.

DISCUSION

La Organización Mundial de la Salud 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 de encasillarla en forma precisa en un lapso determinado, pero se ha convenido ubicarla entre los 10 y los 19 años de edad (12). Este rango es muy amplio y tanto la gestación como el parto no tienen las mismas características ni revisten los mismos riesgos en una adolescente de 12 años, con la inmadurez que le caracteriza, como en una de 19 años mucho más madura sexual y psicológicamente (4).

De los 6865 partos atendidos en el departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital I Integrado-IPSS-Moyobamba, entre Enero de 1982 a Enero de 1992, 20.1% correspondieron a mujeres menores de diecinueve años; cifra similar a la de otros reportes nacionales (21,9).

La gestación en adolescentes, en otras comunidades, es el resultado de cambios acelerados en la conducta sexual de los jóvenes, que producen un incremento de las mismas (13,20). En nuestro medio

tiene connotaciones sociales dramáticas, al ocurrir en una población a merced de la ignorancia, pobreza y desamparo tanto familiar, como institucional (6).

El número de embarazos en adolescentes aumenta proporcionalmente a la edad, probablemente por que cuando la jovencita crece, se vuelve más independiente y la alternancia con el otro sexo es más frecuente. Esto aumenta las oportunidades de la cópula con el consiguiente riesgo de embarazo (10).

La relación de la edad materna con el mayor riesgo obstetrico, desproporción feto-pélvica, la mayor frecuencia de partos distócicos o abdominales y el bajo peso del recién nacido, se explicaría por la inmadurez somática y a ésto podria agregarse cierto grado de desnutrición condicionada por el medio socio-económico-cultural en el que se desarrollan éstas adolescentes.(19,17).

La literatura revela que la edad ginecológica inferior a los dos años, se relaciona con una mayor morbilidad materno-fetal (3), lo cual no pudo demostrarse en éste estudio probablemente debido al reducido número de pacientes en el que se pudo obtener éste dato.

En éste estudio se encontró, al igual que en otros, que la gran mayoría de las madres precoces no

poseían un estado civil formalizado, esto es, eran solteras o convivientes (6,13). Esto tiene implicancias muy serias en el cuidado del embarazo con resultados negativos en el desenlace del mismo, tal como se demostró en éste estudio, en el que las pacientes solteras y convivientes tuvieron un deficiente control prenatal y un mayor número de partos prematuros que las casadas.

La adolescente joven, ante un embarazo de ésta naturaleza reacciona con angustia, depresión y descuido hacia su persona (15), lo que unido al desconocimiento de la importancia de la asistencia prenatal adecuada, al hecho de ser soltera, de extracción socioeconómica baja y a la inestabilidad familiar, explica la menor demanda de control prenatal (10). Esto indudablemente afecta al producto, aumentando la morbilidad y la mortalidad perinatal (4,9).

En ésta serie la mayoría de pacientes recibió un control prenatal inadecuado (70.7%), No sobrepasando los 3 controles y sin una secuencia adecuada, esto se debería a que el H.I.I.M es un hospital docente asistencial y un centro de referencia de la gestantes de alto riesgo de toda el área de salud a la que pertenece. Las gestantes adolescentes que no tuvieron control prenatal se comportaron de una manera análoga a

lo referido en la literatura, presentando una mayor incidencia de parto prematuro, productos con hipóxia al nacer y recién nacidos bajo peso (21).

Si bien es cierto todos los autores coinciden en que el embarazo juvenil es de alto riesgo (6,10,9), y que éste se relaciona con la edad y las entidades patológicas que complican la gestación y el parto (como lo encontrado en esta serie), no todos están de acuerdo en que la morbilidad materno-fetal está necesariamente relacionada con la edad materna, sino además con los factores sociales y económicos que interfieren con el buen desenlace del mismo (3,10). Al riesgo obstétrico dado por la baja edad ginecológica (3), se agregaría la primigravidez y la falta de madurez psicológica impidiendo sobre llevar en forma adecuada la gestación y el parto. A este riesgo se adiciona las entidades patológicas que afectan con mayor frecuencia a éstas pacientes: anemia, toxemia, parto prematuro y desproporción feto-pélvica (3,10,6). Los hallazgos de éste trabajo corroboran lo anterior. Pero no revelan una mayor incidencia de alto riesgo obstétrico en la población de adolescentes estudiada, que en la población general de gestantes atendidas en el mismo Hospital.

A pesar de que el 93.1% de pacientes presentaron

patología durante el embarazo, y 47.1% durante el parto, sólo 18.75% fueron catalogadas de alto riesgo obstétricos mediante el puntaje del servicio teniendo en cuenta que las gestantes adolescentes conforman un grupo que es tan especial, debería asignársele un puntaje que permita catalogar el riesgo obstétrico en forma sensible y precisa.

Coincidiendo con otros reportes, la desproporción feto-pélvica tiene una mayor incidencia en éste grupo poblacional (4,18,5), que se relaciona con la inmadurez somática de las gestantes adolescentes; ésto produciría una estrechez relativa del canal del parto aún con productos con peso menor de 3000 gramos. La desproporción relativa produciría un trabajo de parto disfuncional (4), obligando a una mayor intervención durante el mismo y una mayor frecuencia de partos distócicos que podrían ser un factor en la hipoxia del recién nacido y el mayor riesgo de endometritis puerperal.

La incidencia de toxemia en este grupo es tres veces mayor que el total de gestantes atendidas en el Departamento, lo que coincide con lo referido por otros autores (4,13,16,21). Esta entidad se asocia con el parto distócico, ya que condiciona una mayor frecuencia de partos instrumentados o abdominales lo que a su vez

incide en una mayor frecuencia de hipoxia en el producto. Su relación con una mayor morbilidad puerperal se debería a lo anteriormente mencionado y a la cantidad de procedimientos a los que son sometidos estas pacientes, sin olvidar que la toxemia produce daños en el organismo materno que alteran su fisiología, disminuyendo la respuesta a cualquier patología.(13).

No se ha dilucidado todavía la etiología del parto prematuro, sin embargo, muchos caracteres concomitantes, a parte de la edad materna, se observan en mujeres con frecuencia alta de ésta entidad. Estos incluyen la baja clase social, estado civil informal, asistencia prenatal inadecuada, desnutrición, además en una gama de problemas médicos y obstétricos que ya se discutieron. En la adolescente ésto es a menudo catastrófico, colocándola en una situación lamentable y de gran peligro para el producto, elevando consecuentemente la mortalidad perinatal. Las causas más frecuentes de mortalidad perinatal son el síndrome de insuficiencia respiratoria por enfermedad de membranas hialinas y la hemorragia intraventricular (17,9).

La mayor incidencia de problemas durante el embarazo y las distocias en gestantes adolescentes de

menor edad (18,10,5), determinan el mayor empleo de fórceps, vacuum ú operación cesárea como alternativas de solución, con la finalidad de obtener un producto en las mejores condiciones (5). Esto explica la mayor frecuencia del parto instrumentado o abdominal en la población en estudio, respecto a la población general. La gestante joven en ésta serie tuvo un riesgo relativo de 11.5% de parto instrumentado; y un riesgo relativo de 15.6% de operación cesárea al compararlas con la población de gestantes del mismo servicio. Datos similares son presentados por INGA REATEGUI E.(13).

Estas estadísticas difieren de lo encontrado por autores extranjeros, quienes reportan incidencias de cesáreas en adolescentes jóvenes, iguales o menores a las halladas en la población general. Esto se debe a que sus realidades socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud son superiores.(2,13).

La morbilidad puerperal también es elevada en gestantes adolescentes. Estudios anteriores han encontrado hasta el triple de morbilidad (21). Esta incluye hemorragia puerperal, endometritis e infección de herida operatoria (21). La morbilidad puerperal en ésta serie (55.91%), fue cuatro veces mayor que en el resto de las gestantes atendidas en el servicio (11%), con predominio de las infecciones y anemia.

La alta incidencia de la infección del tracto urinario, se explica por la prevalencia de la infección urinaria asintomática en mujeres jóvenes no gestantes, haciéndose sintomático cuando la paciente cursa su embarazo y a ello se suma una falta de educación adecuada sobre la higiene.

En cuanto a la anemia, entidad muy prevalente en las gestantes de nuestro medio, sería una consecuencia de la desnutrición materna a la cual se suma la parasitosis intestinal, enfermedad prevalente de nuestra región y de la falta de suplemento de hierro durante el embarazo. No se ha demostrado una mayor pérdida sanguínea en éstas pacientes que pudiera agudizarla en el puerperio.

El estudio de la morbilidad perinatal en productos de éstas pacientes, generalmente ha mostrado una pérdida elevada de neonatos, por las complicaciones que presentan en el parto (19). La mayor parte de éstas pérdidas tienen componentes que pueden prevenirse en el periodo prenatal (4).

Los hijos de madres adolescentes experimentan una mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer (12), y tienen una probabilidad cinco veces mayor de presentar el síndrome de muerte súbita infantil, que aquellos niños de madres mayores. 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 2500 gramos, que es índice de inmadurez, traen consigo un daño irreversible del sistema nervioso central, determinando una disminución en la calidad del producto (epilepsia, parálisis cerebral, retardo mental, deficiencias psico-motores) en los niños que sobreviven (4).

En el presente estudio se encontró una tasa de mortalidad perinatal de 56 por mil nacidos vivos, la que está por encima del promedio de la tasa del servicio en el mismo periodo (42x1000 n.v.), y la de otros trabajos nacionales (6,16,21), y extranjeros (2,4). Las causas de muerte encontradas fueron prematuridad e hipoxia severa, lo que tampoco difiere de lo encontrado por otros autores; esto se debería a la elevada morbilidad que presenta la gestación en adolescentes jóvenes (6,16).

Por último; consideramos que la gestante adolescente constituye un problema médico y social, que requiere una atención obstétrica que abarque límites más amplios de atención que la tradicional.

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de partos en pacientes menores de 19 años en el H-I-I-M fue del 20.1%, siendo mayor la presentación entre los 15 y 19 años (97.9%).
- 2.- El 70.1% de gestantes tuvieron complicaciones del embarazo y/o parto; siendo las más frecuentes: anemia, toxemia, infecciones, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal, anormalidades de la dinámica del parto, desproporción feto pélvica y parto prematuro.
- 3.- Solo el 39.31% de pacientes fueron catalogadas de riesgo obstétrico alto o muy alto.
- 4.- La frecuencia de partos instrumentados y abdominales fue 11.5% y 15.4%. El parto abdominal se relacionó significativamente con las complicaciones del embarazo, el alto riesgo obstétrico y la toxemia.
- 5.- La incidencia de complicaciones puerperales (55.9%), fue cuatro veces mayor que el promedio del servicio (11.1%) las mismas que a través del

tiempo no es posible predecir su comportamiento.

6.- El 9.9% de los recién nacidos fueron prematuros; siendo la prematuridad é hipoxia severa la principal causa de muerte.

7.- Hubo hipoxia al nacer, moderada o severa, en el 37.2% de recién nacidos.

RECOMENDACIONES

- 1.- Brindar una adecuada educación a nivel escolar, en las áreas de sexualidad, anticoncepción y aspectos sanitarios, priorizando el programa de planificación familiar y paternidad responsable.
- 2.- Contar con la presencia de profesionales de la especialidad en el centro hospitalario para elevar el estado de salud del binomio madre-niño.
- 3.- Captación temprana por los organismos de salud de las gestantes.
- 4.- Catalogación del riesgo obstétrico y derivación al hospital.
- 5.- Apoyo multidisciplinario, especialmente del psicólogo, trabajadora social y nutricionista, en el cuidado pre-natal, abarcando tanto a la paciente como a su familia.
- 6.- Apoyo en la reintegración de la madre adolescente a su comunidad por medio de servicios sociales, con especial énfasis en su ambiente familiar.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALVARADO ALVA JC. "Manual de Obstetricia". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú. 1,991. pp:9-11.
- 2.- ALVAREZ GOMEZ JL Y COL. "Parto de la Adolescente en nuestro Servicio". Toko-Ginecología-Práctica. 1,991. Vol:50. Nº 4. pp:201-205.
- 3.- ANA Y COL. "Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Ginecología Infanto Juvenil". Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex.1992. pp: 73-75.
- 4.- ANDREW B;DOTT;FORD MD. "Medical and Social Factors of the Findings of the Louisiana Infant Mortality Study". American Journal Obstetric and Gynecol. New Orleans. 1,761-985. Vol:125.Nº4. pp:532-536.
- 5.- ARIÑO ESPADA M. "Embarazo de la Adolescente". Acta Médica Costarricense. 1,985. Vol:28. Nº2. pp: 103-106.

- 6.- CAMPOS DIAZ R. "Estudio de la Gestante Adolescente en el Hospital de Apoyo III Integrado IPSS-Tarapoto 1984-1988". Tesis (Br).
- 7.- CARRERA MACIA JM. "Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto DEXEUS". 1,988. pp:3-10-27-29. Salvat-Barcelona.
- 8.- DIAZ BUSTO PEDRO. "Tablas Estadísticas".1,981.2da. 2da.edición. Editorial San Marcos.
- 9.- FARRO HURTADO CF. "Gestantes adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el Año 1,993". Tesis de Bachiller en Medicina Humana. Universidad de San Martín de Porres. Lima-Perú. 1,994.
- 10.- GALLO JL RUIZ Y OTROS."El Embarazo Juvenil en nuestro Medio". Toko-Ginecología - Práctica.1,991. Vol:49. Nº5. pp:266-270.
- 11.- GIBBSON J. "Inferencia Estadística no Paramétrica" Traducción: Magister Elizabeth Meza de Castillo.1,991. Editorial San Marcos.
- 12.- I LETE LASA. "Gestación Adolescente en el Quinque

nio 1,986-1,990 en la Provincia de Alava". Clínica en Investigación Gineco-Obstetricia. 1,992. Vol:19. Nº5 pp:211-215.

13.- INGA REATEGUI ELIANA. "Embarazo Precoz en el Hospital Base de Chepén". Tesis de Bachiller en Obstetricia. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto. 1,992.

14.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. "Encuesta Nacional de Salud.(ENDES). Lima-Perú. 1,992.

15.- KENNETH R; NISWANDER MD. "Aspectos Psicológicos del Embarazo, Parto y Puerperio". Manual de Obstetricia.Diagnóstico y Tratamiento. 1,989. 2da. Edición. pp:209.

16.- LOLI FA. "El Embarazo Juvenil : Un Estudio Clínico". Revista Diagnóstico. 1,979. Volúmen 4. Nº 5; pp: 237-245.

17.- MATELUNA A Y COL. "Características Nutricionales de Adolescentes Embarazadas en el Consultorio de Adolescencia". Cuaderno Médico Social. Social. Setiembre-Diciembre 1,992. Vol:25. Nº3.

pp:106-111.

- 18.- MUKASA FM. "Comparison of Pregnancy and Labour in Teenagers and Primigravidas". Revista South - Africa Medical Journal. Abril 1,992. Vol: 81 - Nº 8. pp:421-423.
- 19.- NEESON JEAN. "Aspectos Psicosociales de la Maternidad". Consultor de Enfermería Obstétrica. 1,992. pp: 2.2. 1ra. edición. Barcelona - España.
- 20.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. "La Salud de las Adolescentes y Jóvenes en las Américas". Informe de la OPS. Washintong D.C. 1,993.
- 21.- PARRA BJ; PINEDO Y COL. "Comportamiento Reproductivo de las Adolescentes". Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 1,987. Vol:31. Nº13. pp:106-113.
- 22.- TRELLES YG, GONZALES DEL RIEGO BM. Diagnóstico y Pronóstico de la Gestación de Alto Riesgo. VI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. IX Congreso Latinoamericano de Obstetri

cia y Ginecología. Lima-Perú. 1978.

- 23.- VARGAS CALALAN Y COL. "Embarazo de la Adolescente". Boletín Hospital San Juan de Dios. 1,983. Vol:30. Nº5. pp:244-251.

ANEXOS

ANEXO No. 1

<u>FICHA UNICA DE LA MADRE</u>	
I.- NUMERO DE HISTORIA CLINICA.....	
II.- EDAD.....	
III.- GRADO DE INSTRUCCION.	
1.- Primaria: C	2.- Secundaria. C.
I	I
3.- Superior. C	
I	
4.- Analfabeta.	
IV.- ESTADO CIVIL: - Soltera...1 - Casada...2 - Conv...3	
- Viuda.....4	
V.- CONTROL PRE NATAL: - Hospital..... 1	
- Posta..... 2	
- Centro de salud..... 3	
- Privado..... 4	
- Partera tradicional..... 5	
- Ninguno..... 6	
- Número..... 7	
VI.- NUMERO DE GESTACIONES:	
- Una sola vez..... 1	
- Dos veces..... 2	
- Tres veces..... 3	
- Cuatro a más..... 4	
VII.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	
A.- MEDICOS:	
- TBC..... 1	
- ITU..... 2	
- Tifoidea..... 3	
- Malaria..... 4	
- Parasitaria..... 5	
- Cardiopatía..... 6	
B.- GINECO OBSTETRICOS:	
- Aborto..... 1	
- Parto Prematuro..... 2	
- Infección Pélvica Inflamatoria..... 3	
- Cesárea..... 4	
C.- NO OBSTETRICOS:	
- Quirúrgicos..... 1	
- Tranfusiones sanguíneas..... 2	

VIII.- PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO

- Anemia.....	1
- Toxemia.....	2
- ITU.....	3
- TBC.....	4
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica.....	5
- Hemorragias del Primer Trimestre.....	6
- Hemorragias del Tercer Trimestre.....	7
- RPM.....	8
- Hiperemesis Gravídica.....	9
- Hidramnios.....	10
- Embarazo Prolongado.....	11

IX.- PATOLOGIAS DURANTE EL PARTO:

- Hipodinamia Uterina.....	1
- Distocia de Presentación.....	2
- Periodo expulsivo Prolongado.....	3
- Desproporción Céfalo Pélvica.....	4
- Dilatación estacionaria.....	5
- Hemorragia de Alumbramiento.....	6
- Estrechez Pélvica.....	7
- Eclampsia.....	8
- Procúbito de Cordón Umbilical.....	9
- Otros.....	10
- Sin Patología.....	11
- Parto Múltiple.....	12
- Sufrimiento Fetal Agudo.....	13
- Parto Prematuro.....	14

X.- PRESENTACION - SITUACIONAL FETAL:

- Cefálico.....	1
- Podálico.....	2
- Transverso.....	3

XI.- TIPO DE PARTO:

- Vaginal Eutócico.....	1
- Vaginal Instrumentado.....	2
- Vaginal Podálico.....	3
- Parto Abdominal-Cesárea.....	4
- Cesárea - Histerectomía.....	5

XII.- INDICACIONES DE CESAREA:

- Incompatibilidad Céfalo Pélvica.....	1
- Trabajo de Parto prolongado.....	2
- Cesárea anterior.....	3
- Dilatación Estacionaria.....	4
- Presentación Podálico.....	5
- Eclampsia.....	6
- Estrechez Pélvica.....	7
- Sufrimiento Fetal.....	8
- Situación Transversa.....	9
- Procúbito de cordón.....	10
- Prolapso de Miembros.....	11
- RPM	12
- Otros.....	13

XIII.- TIPO DE ALUMBRAMIENTO.

- Espontáneo.....	1
- Intervenido.....	2

XIV.- COMPLICACIONES DEL PUERPERIO:

- Sin complicaciones.....	1
- Endometritis.....	2
- Dehiscencia e infección de Episiotomía.....	3
- Infección de herida operatoria.....	4
- ITU.....	5
- Retención de Restos Placentarios.....	6
- Legrado uterino.....	7
- Mastitis.....	8
- Eclampsia.....	9
- Proceso febril de etiología de determinada.....	10
- Otros.....	11
- Hemorragia Puerperal.....	12

XV.- PRIMERA RELACION SEXUAL:

- Edad.....	
-------------	--

XVI. MENARQUIA:

- Edad.....	
-------------	--

FICHA UNICA DEL RECIEN NACIDO

I.- SEXO: MASCULINO.....1 - FEMENINO.....2

II.- EDAD GESTACIONAL POR FURN.

- 28 - 31 semanas..... 1
 - 32 - 36 semanas..... 2
 - 37 - 42 semanas..... 3
 - Mayor de 42 semanas..... 4

III.- PESO DEL RECIEN NACIDO.

- Menos de 1,250 gramos..... 1
 - 1,250 - 2,499 gramos..... 2
 - 2,500 - 3,999 gramos..... 3
 - Mayor de 4,000 gramos..... 4

IV.- HIPOXIA DEL RECIEN NACIDO POR PUNTAJE DE APGAR

A.- APGAR 1':..... 1
 APGAR 5':..... 2

B.- GRADO DE HIPOXIA:

- Severa.....(0 - 3)..... 1
 - Moderada.....(4 - 6)..... 2
 - Sin Hipoxia.....(3 - 10)..... 3
 - No Consignado..... 4

V.- MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL RECIEN NACIDO:

- Labio Leporino o paladar Hendido..... 1
 - Criptorquidea..... 2
 - Ano Imperforado..... 3
 - Cardiopatía Congénita..... 4
 - Labio Leporino..... 5
 - Onfalocele..... 6
 - Meningocele Occipital con Polidactilia..... 7
 - No especificado..... 8

VI.- MORTALIDAD PERINATAL:

- Mortalidad Fetal Tardía..... 1
 - Mortalidad Neonatal Precóz..... 2

VII.- CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL:

- Prematuridad..... 1
 - Malformaciones congénitas..... 2
 - Hipoxia durante el Parto..... 3
 - Hemorragia Materna 4
 - Sepsis Neonatal..... 5
 - No especificado..... 6
 - Retardo de Crecimiento Intra Uterino (RCIU)..... 7

ANEXO No.3

FACTORES DE RIESGO Y SU PUNTAJE
SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
H-I-I. MOYOBAMBA

HISTORIA OBSTETRICA PREVIA:

- Edad materna menor de 16 años = 1 punto
- Edad materna mayor de 35 años = 1 punto
- Analfabetismo materno = 1 punto
- Analfabetismo del cónyuge = 1 punto
- Pirmigravidez = 1 punto
- Gran multiparidad (6 o más partos) = 2 puntos
- Aborto = 2 puntos
- Parto prematuro = 2 puntos
- Recien nacidos de bajo peso = 1 punto
- Macrosomia = 1 punto
- Malformaciones congénitas = 1 punto
- Muerte perinatal = 3 puntos

EMBARAZO ACTUAL:

- Cesárea previa = 2 puntos
- Feto valioso = 3 puntos
- Anticoncepción = 2 puntos
- Múltiple = 3 puntos
- Sangrado antes de las 20 semanas = 1 punto
- Sangrado después de las 20 semanas = 3 puntos

- Labor prematura = 2 puntos
- Pre-eclampsia = 1 punto
- Toxemia = 2 puntos
- Eclampsia = 3 puntos
- Retardo del crecimiento intrauterino = 3 puntos
- Hidramnios = 2 puntos
- Malpresentación podálica = 3 puntos
- Desproporción feto-pélvica = 3 puntos
- Embarazo prolongado = 1 punto
- Ruptura prematura de membranas mayor de 12 = 2 puntos.
- Isoinmunización Rh = 3 puntos
- Displasias y malformaciones congénitas = 1 punto
- Cirugía ginecológica = 1 punto
- Tumores o cáncer ginecológico = 1 punto
- Drogas = 1 punto
- Operaciones = 1 punto

CONDICIONES ASOCIADAS:

- Cirugía genital previa = 1 punto
- Infección genital previa = 2 puntos
- Enfermedad trofoblástica previa = 1 punto
- Desnutrición = 1 punto
- Infección viral = 1 punto
- Infección bacteriana = 1 punto
- Infección de vías urinarias = 2 puntos

- Infecciones parasitarias = 1 punto
- Anemia y alteraciones hematológicas = 1 punto.
- Cardiopatías = 3 puntos
- Hipertensión entre 2 a 4 puntos
- Diabetes entre 1 a 3 puntos
- Enfermedades de la tiroides = 2 puntos
- Colagenopatias = 2 puntos
- Síndrome convulsivo = 2 puntos
- Neuropsiquiatria = 1 punto
- Várices = 1 punto
- Yatrogenia de 1 a 3 puntos

De acuerdo al puntaje acumulado de riesgo obstétrico se identificarán tres grupos :

- a.- Bajo riesgo o normales, puntaje de 0 a 4
- b.- Alto riesgo, puntaje de 5 a 9
- c.- Muy alto riesgo, puntaje de 10 o más

La calificación del riesgo obstétrico determina que la paciente sea controlada en obstetricia normal o alto riesgo.

ANEXO No.4

EXPLICACION DE CUADROS ESTADISTICOS

TIPO DE PARTO EN RELACION CON LA ANEMIA

CUADRO Nº 12

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el tipo de Parto y la Anemia.

H1: Si existe relación entre el tipo de Parto y la Anemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad asociada:

CHI = 336.222 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el tipo de Parto y la Anemia.

RIESGO OBSTETRICO EN RELACION CON LA ANEMIA

CUADRO Nº 12

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el Riesgo Obstétrico y la Anemia.

H1: Si existe relación entre el Riesgo Obstétrico y la Anemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad asociada:

CHI = 6.862 Pr = 0.0091

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el Riesgo Obstétrico y la Anemia.

COMPLICACIONES PUERPERALES EN RELACION CON LA ANEMIA

CUADRO Nº 12

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre las Complicaciones Puerperales y la Anemia.

H1: Si existe relación entre las Complicaciones Puerperales y la Anemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 32.999 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre las Complicaciones Puerperales y la Anemia.

ENDOMETRITIS EN RELACION CON LA ANEMIA

CUADRO Nº 12

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre la Endometritis y la Anemia.

H1: Si existe relación entre la Endometritis y la Anemia

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 251.373 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre la Endometritis y la Anemia.

APGAR AL MINUTO DEL RECIEN NACIDO EN RELACION CON LA ANEMIA

CUADRO Nº 12

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el APGAR al minuto y la Anemia.

H1: Si existe relación entre el APGAR al minuto y la Anemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 752.712 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el APGAR al minuto y la Anemia.

RIESGO OBSTETRICO EN RELACION CON LA TOXEMIA

CUADRO Nº 13

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el Riesgo Obstétrico y la Toxemia.

H1: Si existe relación entre el Riesgo Obstétrico y la Toxemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 55.823 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el Riesgo Obstétrico y la Toxemia.

TIPO DE PARTO EN RELACION CON LA TOXEMIA

CUADRO Nº 13

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el Tipo de Parto y la Toxemia.

H1: Si existe relación entre el Tipo de Parto y la Toxemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 89.565 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el Tipo de Parto y la Toxemia.

COMPLICACIONES PUERPERALES EN RELACION CON LA TOXEMIA

CUADRO Nº 13

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre las Complicaciones Puerperales y la Toxemia.

H1: Si existe relación entre las Complicaciones Puerperales y la Toxemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 71.701 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre las Complicaciones Puerperales y la Toxemia.

ENDOMETRITIS EN RELACION CON LA TOXEMIA

CUADRO Nº 13

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre la Endometritis y la Toxemia.

H1: Si existe relación entre la Endometritis y la Toxemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 21.392 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre la Endometritis y la Toxemia.

APGAR AL MINUTO EN RELACION CON LA TOXEMIA

CUADRO Nº 13

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el APGAR al minuto y la Toxemia.

H1: Si existe relación entre el APGAR al minuto y la Toxemia.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 158.628 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región

de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el APGAR al minuto y la Toxemia.

RPM EN RELACION CON EL RIESGO OBSTETRICO

(*)

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre RPM y el Riesgo Obstétrico.

H1: Si existe relación entre RPM y el Riesgo Obstétrico.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 117.121 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre RPM y el Riesgo Obstétrico.

DCP EN RELACION CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO

CUADRO Nº 17

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre DCP y el Peso del Recién Nacido.

H1: Si existe relación entre DCP y el Peso del Recién Nacido.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 90.806 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre DCP y el Peso del Recién Nacido.

DCP EN RELACION CON EL APGAR AL MINUTO

CUADRO Nº 17

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre DCP y el APGAR al minuto.

H1: Si existe relación entre DCP y el APGAR al minuto.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 11.701 Pr < 0.0007

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre DCP y el APGAR al minuto.

DCP EN RELACION CON EL APGAR A LOS CINCO MINUTOS

CUADRO Nº 17

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre DCP y el APGAR a los

cinco minutos.

H1: Si existe relación entre DCP y el APGAR a los cinco minutos.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 200.836 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre DCP y el APGAR a los cinco minutos.

DCP EN RELACION A LA MUERTE PERINATAL

CUADRO Nº 17

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre DCP y la Muerte Perinatal.

H1: Si existe relación entre DCP y la Muerte Perinatal.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 161.433 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre DCP y e la Muerte Perinatal.

**PARTO PREMATURO EN RELACION CON EL ESTADO CIVIL DE LA
PARTURIENTA**

CUADRO Nº 5

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el Parto Prematuro y el Estado Civil de la Parturienta.

H1: Si existe relación entre el Parto Prematuro y el Estado Civil de la Parturienta.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 108.765 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el Parto Prematuro y el Estado Civil de la Parturienta.

PARTO PREMATURO EN RELACION CON EL RIESGO OBSTETRICO

CUADRO Nº 18

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el Parto Prematuro y el Riesgo Obstétrico.

H1: Si existe relación entre el Parto Prematura y el Riesgo Obstétrico.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 191.118 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el Parto Prematuro y el Riesgo Obstétrico.

PARTO PREMATURO EN RELACION CON EL TIPO DE PARTO

CUADRO Nº 18

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el Parto Prematuro y el Tipo de Parto.

H1: Si existe relación entre el Parto Prematura y el Tipo de Parto.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 17.000 Pr. < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el Parto Prematuro y el Tipo de Parto.

PARTO PREMATURO EN RELACION CON LA MUERTE PERINATAL

CUADRO Nº 18

Hipótesis Estadística:

Ho: No existe relación entre el Parto Prematuro y la Muerte Perinatal.

H1: Si existe relación entre el Parto Prematura y la Muerte Perinatal.

Valor de la Chi-cuadrada y su Probabilidad Asociada:

CHI = 56.529 Pr < 0.0005

Decisión:

Como el valor de la Estadística cae en la región de rechazo, se rechaza la hipótesis nula. Luego se dice que existe relación significativa entre el Parto Prematuro y la Muerte Perinatal.

