

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESÁREA  
EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,  
2009 - 2010”**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. GEORGE PAÚL, HERNÁNDEZ HILASACA**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ**

**2011**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Académico Profesional De Medicina Humana

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESÁREA EN  
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA, 2009 – 2010”**

TESIS

Presentado por:

Bach. GEORGE PAÚL HERNÁNDEZ HILASACA

Para optar el Título Profesional de

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por unanimidad, ante el siguiente jurado:

  
.....  
Dr. Claudio Ramírez Atencio  
Presidente

  
.....  
Mgr. Jaime Vargas Zeballos  
Miembro

  
.....  
Méd. Jacinto Bárcena Quintana  
Miembro

  
.....  
Mgr. Leonidas Chavera Rondón  
Asesor

TACNA – PERÚ

2011

Registro N° \_\_\_\_\_ Escuela: A.P. Medicina Humana  
Expositor: George Paul Hernández Hilasaca  
Fecha de Sustentación: 14 de setiembre del 2011  
Aprobado por: Unanimidad Nota: 16  
Calificativo: Buena  
Jurado: - Presidente: Dr. Claudio Ramírez Atencio  
- Miembro: Mgr. Jaime Vargas Zeballes  
- Miembro: Med. Jacinto Bárcena Quintana

Observaciones: \_\_\_\_\_



M. Dan  
Secretario Académico  
Administrativo

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Mi agradecimiento:**

- **A mi familia por su apoyo incondicional y comprensión en los momentos más difíciles, los llevo conmigo siempre.**
- **A mis grandes maestros por su apoyo y enseñanza.**
- **A la sociedad científica de estudiantes de medicina, por sus enseñanzas académicas , científicas y personales.**
- **En general a cada uno de los que de alguna manera contribuyeron para la realización de este trabajo de tesis, así como en mi formación personal y profesional**

## **DEDICATORIA**

**A Dios, por ser nuestro amparo y fortaleza,  
en todo momento, sobre todo  
en los momentos más difíciles.**

**A mis padres Gladys Hilasaca y  
Pablo Hernández por su infinito amor,  
cariño y fe que han tenido en mi;  
sin ustedes este sueño no se habría realizado.**

**Todo mi esfuerzo y amor es para ustedes.**

## **RESUMEN:**

**Introducción :** El embarazo en adolescentes es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad y es la causa principal de mortalidad debido a complicaciones relacionadas con el parto. En los últimos años los partos por cesárea se han incrementado exponencialmente.

**Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010.

**Material y Métodos:** Es un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal. Se analizaron 281 historias clínicas de las cuales 95 fueron de gestantes que terminaron en cesárea y 186 de las que terminaron en parto vaginal.

**Resultados:** En nuestro estudio , el promedio de edad fue de 17.6 años (DE: 1.25). Del total de adolescentes observadas, se encontró que el 97.5% se ubica en la etapa de adolescencia tardía, similar comportamiento se observa por tipo de parto. El grado de instrucción de mayor predominancia fue nivel secundaria con 88.3% del total. La convivencia fue representado por 64.8%. La talla > 1.45 mts. fue predominante para ambos grupos comparativos. Además las primigestas se presentaron en mayor porcentaje. También encontramos que el 37.4 % de madres adolescentes no tuvieron control prenatal, con mayor porcentaje en el grupo de parto por cesárea. La condición

de cesárea anterior y el periodo intergenésico (PI) < 2 años tuvo asociación con el tipo de parto ( $p \leq 0.05$ ). En las complicaciones dentro el parto la desproporción cefalo - pélvica se encontró en un 58.9 % sólo en las que terminaron en cesárea. La edad gestacional de la población de estudio estuvo representada por el 79.4% en el grupo de 37-40 semanas. La anemia fue una de las enfermedades más frecuentes en las gestantes que terminaron en cesárea y por último se observó que el condiloma acuminado tuvo asociación ( $p \leq 0.05$ ).

**Conclusión :** Dentro de los factores estudiados se observó mayor frecuencia la adolescencia tardía, la convivencia , el nivel de instrucción secundaria, el tener procedencia rural y una talla > 1.45 mts , además , ser primigesta , no tener abortos , una edad gestacional de 37 a 40 semanas ,y tener anemia con similar comportamiento por tipo de parto; y el tener control prenatal con un predominio en las que terminaron en parto vaginal, por ultimo también encontramos en la desproporción cefalo - pélvica. Los factores asociados a cesárea encontrados fueron ser segundigesta, no tener control prenatal, cesareada anterior, período intergenésico < 2 años, alguna complicación durante el embarazo, y el condiloma acuminado.

**Palabras claves:** Embarazo adolescente, cesárea, factor asociado, características generales y obstétricas.

## **ABSTRACT:**

**Introduction :** The pregnancy in adolescents is defined by the World Health Organization (WHO) as the life between 10 and 19 years of age and is the cause of mortality due to complications related to childbirth. In the last years the childbirths for Caesarean have increased.

**Objective:** To determine the factors of risk associated with Caesarean in teenagers at the Hipolito Unanue Hospital, 2009 - 2010.

**Material and Methods:** It is a retrospective, comparative, cross-cutting and transversal study. The study analyzed 95 clinical histories of pregnancies that ended in Caesarean and 186 pregnancies that ended in vaginal delivery.

**Results:** In our study, the average of age was of 17.6 years. Of the total of observed adolescents, one was that the 97.5% are located in the stage of delayed teenager, similar behavior is observed by type of childbirth. The predominance was secondary with 88.3% of the total. The height > 1.45 mts was predominant for both comparative groups. In addition 77.9% and 88.7% finished in Caesarean and vaginal childbirth were primigestas. Also we found that 37.4% of teenager mothers did not have prenatal control, with greater percentage in the group of childbirth by Caesarean. The caesarean previous was represented by 4.3% of the total of population of study with significant association. The intergenetic period < 2 years had association with the

type of childbirth ( $p < 0.05$ ). In the complications inside the childbirth the DCP was in a 58.9% of which they finished in Caesarean. The gestational age of the study population was represented by the 79.4% in the groups of 37-40 weeks. The anemia was one of the most frequent diseases as much for pregnant and finally it observed that the condiloma had significant association for Caesarean ( $p=0.027$ ).

**Conclusions:** The factors was observed more frequently in late adolescence, the level of secondary education, to have rural origins and a height  $> 1.45$  mts, be first gestation, a gestational age of 37-40 weeks, and have anemia with similar behavior by type of delivery. To have antenatal care, without previous caesarean with a predominance in which ended in vaginal delivery, finally also found in the DCP with dominance in the caesarean. The factors associated with caesarean found were to be segundigesta, not to have antenatal, previous caesarean, intergenésico period  $< 2$  years, any complication during pregnancy, and condiloma.

**Keywords:** Teen pregnancy, Caesarean, factors of risk, general and obstetric characteristics

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I :</b>	
<b>1.1- DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
1.1.1    DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1.2.    JUSTIFICACIÓN	5
1.1.3.    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
<b>1.2.- OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
1.2.1.    OBJETIVO GENERAL	7
1.2.2.    OBJETIVO ESPECÍFICO	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
2.1.    ANTECEDENTES	9
2.2.    BASES TEÓRICAS	19
2.3.    TÉRMINOS BÁSICOS	37
<b>CAPÍTULO III :MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>51</b>
3.1.    TIPO DE ESTUDIO	51
3.2    POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	51
3.3.    INSTRUMENTOS	52

3.4.	MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
3.5.	PROCESAMIENTO DE DATOS	53
3.6	LIMITACIONES	54
3.6	VARIABLES DE ESTUDIO	54
3.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		57
CAPÍTULO V :		
	DISCUSIÓN	90
	CONCLUSIÓN	100
	RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		102
ANEXOS		113

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el paso de la niñez a la adultez y en el ser humano experimenta transformaciones de gran significado, además de suponer una modificación sustancial en su relación con el medio social. El inicio de la fecundidad en la adolescencia es un fenómeno que tiene importantes implicaciones en los ámbitos personal y social, más aún cuando se produce a edades tempranas en este período. En general, la fecundidad alta en la adolescencia, ante todo en la adolescencia temprana, se relaciona claramente con el truncamiento de la trayectoria educativa y con limitaciones para la participación laboral futura.<sup>1</sup>

El embarazo adolescente es una entidad mundialmente conocida como un problema relevante de salud pública en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo: Por su prevalencia, su tendencia a aumentar en los sectores más carenciados de la población. Por tradición, el embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a la mayor proporción de desenlaces perinatales y maternos adversos.<sup>2</sup>

# **CAPÍTULO I**

## **DEL PROBLEMA**

### **1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción del Problema**

El embarazo en adolescentes es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad; también se le suele designar como embarazo precoz, porque se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. La OMS considera como embarazo de riesgo a las mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.<sup>1,2,3</sup>

Algunas publicaciones especializadas coinciden en resaltar que las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años. Al resumir una serie de artículos sobre adolescencia y embarazo, concluyen afirmando que esta población presentan mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, desproporción feto-pélvica,

hipertensión gestacional. Concluyendo que las complicaciones durante la gestación aparecen en forma inversa a la edad.<sup>4</sup>

## 1.2 **Justificación:**

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior según la OMS. En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, uno de cada 5 partos se produce en mujeres de 11 a 19 años, esta cifra es similar al promedio nacional y Latinoamericano reportado en diversos estudios, además que el porcentaje de cesáreas en población adolescente esta representado por el 26.3%. . Algunos adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos se inician sexualmente antes de los 18 años, y de contraer matrimonio. En la literatura se señala que los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor morbilidad, incluyendo peso bajo y depresión al primer minuto, así como, nacer por cesárea.<sup>5,6</sup> El aumento del número de cesáreas tiene un impacto económico preciso, la estadía hospitalaria se duplica, a lo que hay que agregar gastos de antibióticos

y de la cirugía. La cesárea representa mayor riesgo para la salud de la madre, de infecciones y morbilidad. A inicios de los sesenta la cesárea presentó un incremento que no superaba en países desarrollados lo que se asoció con descensos en la mortalidad materna y neonatal.

En los últimos años los partos por cesárea se han incrementado exponencialmente, sin mejoras adicionales en las tasas de mortalidad materna y neonatal; es una intervención de la que en la actualidad “se abusa indebidamente de la frecuencia en sus indicaciones”; en perjuicio de la mujer, en contra del concepto quirúrgico en general” *conservador*, del momento, y del propósito de nuestra especialidad. Siendo algunos motivos del abuso, la ampliación en cuanto a las posibilidades quirúrgicas obtenidas en los antibióticos y la penicilina.<sup>7,8</sup>

La importancia de este trabajo se basa en que actualmente es necesario entender las diferentes variables que se asocian a las indicaciones de cesárea en adolescentes, para conocer cuál es la situación actual y permitir propuestas a instituciones responsables en salud y asumir esta problemática de manera efectiva. Desde el punto de vista de salud se busca aportar un mayor conocimiento que verifique cual es la población más vulnerable, así como la frecuencia con que se presenta esta situación en nuestras adolescentes, para

así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de las involucradas.

### 1.3 **Formulación del problema:**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el 2009 al 2010?

### 1.4 **Objetivos:**

#### **Objetivo General:**

- Determinar los factores de riesgo asociados a cesárea en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar la frecuencia según el tipo de parto en las adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010.
- Comparar las características generales con el tipo de parto, de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010.
- Comparar las características gineco – obstétricas con el tipo de parto, de las gestantes adolescentes, que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010.

- Comparar las características gineco – obstétricas con la edad materna en las gestantes adolescentes , que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010.
- Determinar los factores que están asociados a cesárea en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010.

## **CAPÍTULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes:**

##### **2.1.1 Antecedentes internacionales**

- **González C. José A, y col (Barcelona)**

Realizó un estudio para determinar las indicaciones de cesáreas segmentarias en adolescentes en sala de partos del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Este se realizó bajo la metodología de un estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal, longitudinal y descriptivo, los datos fueron recolectados de las historias médicas, la población estuvo constituida por 2354 pacientes con indicación de cesárea segmentaria y nuestra muestra fue de 521 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El grupo etáreo con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años ; la indicación de cesárea segmentaria más frecuente según su causa fue la desproporción feto pélvica con 32.43%, en cuanto a las complicaciones más frecuente asociada a la cesárea segmentaria fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentaron en el 43.18% de los casos estudiados, de las

adolescentes con indicación de cesárea segmentaría para este periodo, el 13.42% manifestó antecedente de cesárea.<sup>9</sup>

- **Castro Monterrasa y col (Colombia):**

Realizó un estudio, en el Hospital de Maternidad “Rafael Calvo “ en Cartagena – Colombia, de corte transversal por periodos anuales durante 13 años de 1993 a 2005, y en aquellos embarazos con edad gestacional mayor a 28 semanas a su terminación. Evaluaron la edad y la vía del parto. El análisis se realizó en 142 757 partos de gestaciones igual o mayores de 28 semanas , y se agruparon por edad de 10 a 14 años, 15 a 19 años y 20 o más años de edad, donde se hallaron que hubo 1436 atenciones obstétricas a jóvenes menores de 15 años de edad entre los años de 1993 a 2005 , finalizando 1050 por vía vaginal, y 386 por cesárea, para una frecuencia de cesárea de 26.8 %. En cuanto al grupo etáreo de 15 a 19 años se atendió 36547 partos, de los cuales 8946 fue por cesárea. Concluyendo que la maternidad en adolescentes se ha incrementado desde el 22.7 % en el año de 1993 hasta el 29.8 % en el año 2005. La incidencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años se ha duplicado, pasando del 0.5% en 1993 hasta el 1.3 % en el año 2005.<sup>10</sup>

- **Avanza, MJ y col (Argentina):**

Analizaron la frecuencia de cesáreas en las adolescentes, indicación de la misma y momento relacionado al parto , antes o durante el mismo. Mediante un análisis retrospectivo de 9479 pacientes admitidas a la Maternidad, entre octubre de 1998 y septiembre de 2003. Se identificaron 1655 madres menores de 20 años en las cuales se realizaron 199 cesáreas. Encontraron que la prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%, comparada con 21.2% en mujeres mayor e igual a 20 años ( $p < 0.0001$ ). La edad media de las embarazadas que fueron a cesárea fue similar al resto:  $17.6 \pm 1.5$  vs.  $17.5 \pm 1.4$  años . La cesárea programada (antes del parto) se realizó en 87 p (56%). Según la indicación de cesárea la distribución fue: cesárea previa, sufrimiento fetal agudo, falta de progresión de la presentación, presentación pelviana, desproporción feto pélvica, preclampsia-eclampsia, RCIU, patologías maternas, hemorragia del tercer trimestre .<sup>11</sup>

- **Salinas Avalos R, y col. (Argentina):**

Realizaron un estudio para determinar la frecuencia de cesárea (CA) en embarazadas adolescente (EA) con respecto a embarazadas no adolescentes (ENA) y comparar frecuencia de CA y parto vaginal (PV) según periodo de la

adolescencia. En un estudio observacional descriptivo recopilando información de libro de partos, desde el 1° de abril al 1° de junio; se dividieron EN y ENA (punto de cohorte 20 años); se subdividieron en: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y adolescencia tardía (17-20 años). Analizando 579 partos, de los cuales 30,56% correspondieron a EA y 69,44% a ENA. Del total de EA, 134 (75.7%) culminaron por PV y 43 (24.3%) por CA. En ENA 284 (70.65%) terminaron por vía vaginal, y 118 (29.35%) por CA. (Riesgo relativo [RR] CA = 1.20, intervalo de confianza [IC] = 95%, 0.89- 1.63; odds ratio [OR] = 1.29; IC del 95%, 0,86- 1,94. RR PV = 0,81, IC = 95%, 0,72- 0,91; [OR] = 0,51; IC del 95%, 0,34- 0,76). Las causas más frecuentes de Cesárea Abdominal en adolescentes fueron en orden decreciente: distocia de la presentación, falta de descenso de la presentación, sufrimiento fetal agudo, eclampsia/ preeclampsia, corioamnionitis, doble cesárea anterior, ginecorragias del tercer trimestre y desproporción fetopelviana. Las causas más frecuentes de Cesárea Abdominal en mujeres no adolescentes fueron en orden decreciente: doble cesárea anterior, distocia de la presentación, cesárea iterativa, sufrimiento fetal agudo, eclampsia/preeclampsia, falta de descenso de la presentación, ginecorragia del tercer trimestre y desproporción fetopelviana. Se constató en la

adolescencia temprana 2 casos de CA; en la adolescencia media 39 partos, donde 23,07% fueron CA; y en adolescencia tardía, 136 partos, donde 23,52% correspondieron a CA.<sup>12</sup>

- **Ramón Montenegro, R (Nicaragua):**

Realizó un estudio analítico de casos y controles en el Hospital Bertha Calderón, en el período de Julio del 2000 a Junio del 2002, con el objetivo de determinar los factores de riesgos asociados a mortalidad perinatal en adolescentes. El universo estuvo constituido por aquellos neonatos nacidos vivos o muertos en el Hospital Bertha Calderón, hijos de madres adolescentes. La muestra la constituyó 444 pacientes; de los cuales 148 eran los casos (representando al 100 % de muertes fetales y neonatales ocurridas en el período estudiado) y 296 fueron los controles; correspondiéndole 2 controles por cada caso. Los principales factores de riesgo estudiados se distribuyeron por categorías en factores preconceptionales, antecedentes patológicos y no patológicos, factores de riesgo durante el embarazo, parto y recién nacidos. Los factores de riesgo que se encontró que estaban asociados a mortalidad perinatal en adolescentes fueron: Preconceptionales: El grupo de adolescentes precoces tenían 4 veces más probabilidades de muerte perinatal

que las adolescentes tardías. El analfabetismo y las solteras con 3.72 y 2.68 respectivamente. Los malos hábitos maternos incrementan el riesgo de morir durante la etapa perinatal en 3.11 veces mas que aquellas que no lo tienen. No se observa diferencia significativa de asociación del riesgo y la mortalidad perinatal entre las que no se hacían ningún control y las que tenían de 1-3 controles. Existe una fuerte asociación con algunos factores de riesgo presentes durante el embarazo como es la anemia, la amenaza de parto Pretérmino y el retardo del crecimiento intrauterino incrementando el riesgo de morir entre 6.8 y 10 veces más que las que su embarazo no se asociaba a patologías obstétricas. Las principales causas de mortalidad neonatal tenemos la sepsis, asfixia y enfermedad de membrana hialina.<sup>13</sup>

- **Salazar Arango. y col(Colombia):**

Se planteo un estudio tipo trasversal retrospectivo en el se entrevistaron 15 mujeres que fueron madres adolescentes en hospitales de Bogotá y externas. Se obtuvo información de estado civil anterior, durante, después del nacimiento del primer hijo y el actual , se observó que predomina el estado civil soltero antes de dar a luz el primer hijo. Durante el embarazo , alrededor del 40 % de las entrevistadas optaron por unión libre o el matrimonio legal.

Después del nacimiento del primer hijo un 53 % de las mujeres estaban con su pareja ; actualmente de las 15 entrevistadas el 60 % están unidas , el 33% permaneces solteras, y una minoría se encuentra separada (6.6%). Adicionalmente se observó que las uniones en adolescentes son en su mayoría a largo plazo , con estabilidad conyugal.<sup>14</sup>

- **Tapia Garza A y col (México):**

Determinar si la frecuencia de morbilidad y mortalidad neonatal es mayor , menor o igual en los hijos de madres adolescentes comparada con la de los hijos de madres no adolescentes. Se realizó un estudio observacional , comparativo y retrospectivo, en el que se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes nacidos en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2004. Se investigaron los siguientes datos : edad materna , antecedentes maternos no patológicos y patológicos, características del recién nacido, motivo de ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales y causa de muerte. Encontrando que hubo 3 779 nacimientos, de ellos 186 pacientes (4.9% ) ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se

revisaron 174 expedientes clínicos. En el grupo de madres adolescentes había más madres solteras y en unión libre, no hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a escolaridad, ocupación, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, tatuajes y número de compañeros sexuales. Se concluyó que la edad materna adolescente no es un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad neonatal en niños hospitalizados en terapia neonatal.<sup>15</sup>

## **21.2 Antecedentes nacionales**

- **Sandoval Paredes, J; Mondragón Huertas, F; Ortiz Garcia; M (Lima):**

El estudio trató de identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes al compararlas con un grupo control. El estudio realizado fue de tipo comparativo retrospectivo de caso y control en el cual se dividió a la población en dos grupos homogéneos de 162 participantes cada uno, escogidas aleatoriamente y distribuidas por edad en grupo caso (10 a 19 años) y control (20 a 29 años). Se encontró que el promedio de las edades del grupo de adolescentes es de 17.5 años, el 61.2% de adolescentes no tienen secundaria completa, solo el 8.6% son estudiantes, el 83% son amas de casa. El 71% de parejas de las adolescentes son mayores de edad. Adolescentes tienen menos CPN que las adultas, 83% frente al 89%,

aunque con  $p > 0.05$ . Además que la complicación más frecuente de la adolescente fue la ITU ( $p = 0.00$ ). Numéricamente hubo mayor incidencia de anemia, preeclampsia, RPM, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado, infección puerperal y retención de secundinas pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. Cesárea también fue mas frecuente en el grupo control frente al grupo de adolescentes pero con  $p > 0.05$ .<sup>16</sup>

- **Guzmán,V; García, P; Liu , Humberto (Lima):**

Realizaron un estudio para determinar si la talla materna baja (<146 cm.) se asocia con mayor incidencia de cesárea en el primer parto. El diseño del estudio fue de cohorte histórica. Se analizó noventa y cuatro puérperas en su primer parto (47 con talla < 146 cm y 47 > 146 cm) de 19 a 34 años de edad, con embarazo a término e inicio de trabajo de parto espontáneo y sin otros factores de riesgo para cesárea. Resultando en las puérperas de talla baja, la incidencia de cesárea fue 29.8% y en aquellas con mayor talla fue 8.5%. A demás se encontró que había asociación estadísticamente significativa entre talla baja y parto por cesárea ( $X^2 = 6.9$ ,  $g.l = 1$ ,  $p < 0.05$ ). Además, las mujeres con talla menor a 146cm tenían 3.5 veces más

probabilidad de experimentar cesárea que las de mayor estatura (RR=3.5, IC= 1.1-11.6). Concluyendo que la talla materna baja esta asociada a una mayor incidencia de parto por cesárea y puede ser considerada como factor de riesgo de cesárea.<sup>17</sup>

#### **Antecedentes locales:**

- **Vargas Ramos , A. (Tacna)**

Realizó un estudio para determinar si el embarazo adolescente esta asociado con un incremento de riesgo de morbilidad y muerte materno perinatal, analizando 5 842 madres de 10 a 19 años registrados en el Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue desde el año 2000 al 2009, encontrando que las madres adolescentes de 18 a 19 años representan el 51.1 % asimismo se halló relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) directamente proporcional entre la edad materna y la estabilidad con la pareja e inversamente proporcional al inicio y numero de controles prenatales. La cesárea se mostro con mas frecuencia en menor e igual de 15 años con 30.5 %. En cuanto al recién nacido, existe diferencia estadística ( $p < 0.05$ ) entre la edad materna y el recién nacido de muy bajo peso, bajo peso y pequeño para la edad gestacional. Estando en las  $\leq 15$  años las frecuencias más altas de

muy bajo peso (3.1 %) , bajo peso (5.7%) y pequeño para la edad gestacional (5.1%) .<sup>18</sup>

## **2.2 Bases Teóricas:**

### **a) Adolescencia :**

Es común encontrar en el imaginario social, pero también en algunas concepciones académicas, una visión y una ideología implícita de la adolescencia como una etapa compleja y conflictiva y un enfoque estereotipado y negativo de las/los adolescentes como personas rebeldes, violentas, con una apariencia llamativa y promiscuos sexualmente, aunque otras concepciones informan de una adolescencia que se aparta del prototipo anterior. Los inicios de la adolescencia, espacio de tránsito entre la niñez y la adultez, se asocian con los cambios puberales, la madurez de los órganos biológicos y la aparición de la menarquía, en el caso de las mujeres. La adolescencia es una construcción social. La prolongación de la duración de la adolescencia, apreciable en la actualidad, incide en la precocidad con que las y los adolescentes se inician en diversas experiencias que antes se daban a edades superiores. La edad de iniciación de relaciones sexuales completas es una de ellas. La aceleración de la madurez fisiológica y el inicio a edades más

tempranas de relaciones sexuales coitales y desprotegidas constituyen variables asociadas al embarazo en la adolescencia. Esto ha traído aparejado el aumento del número de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.<sup>19</sup>

- **Epidemiología :**

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas de salud que, a escala internacional , afecta a este segmento poblacional y que forma parte, además, de los patrones socioculturales de las desigualdades sociales. América Latina y el Caribe es una de las regiones con mayores tasas de embarazo en la adolescencia. Cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que supone aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo. La gran mayoría de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Cuanto más joven la adolescente, mayor es el riesgo. La formulación y aplicación de leyes que fijan una edad mínima para contraer matrimonio, la movilización de la comunidad en apoyo de esas leyes y un mejor acceso a la información sobre anticonceptivos y a los servicios correspondientes pueden reducir la cifra de embarazos precoces.<sup>20</sup>

- **Subregión Andina y la adolescencia :**

Siendo la subregión andina conformada por los países de Perú , Colombia , Bolivia ,Venezuela y Ecuador , según los las estadísticas sabemos actualmente existen alrededor de 28 millones de adolescentes en la Subregión Andina, de los cuales 14.5 millones (51 por ciento) son hombres y 14 millones (49 por ciento) mujeres. Los subgrupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, representan cada uno la mitad de la población adolescente de la región. La participación porcentual de las y los adolescentes en el total de la población disminuirá moderadamente de 19.8 por ciento en 2007 a 19.1 por ciento a 17.9 por ciento en 2015, la disminución progresiva se explica por la dinámica de transición demográfica en la que se encuentran los países, que determina un envejecimiento progresivo de la población. De los cerca de siete millones de adolescentes mujeres de 15 a 19 años que existen en la región, se estima que más de un millón ya son madres o están embarazadas. En el período comprendido entre 1970 y 2005 en los países de Chile y Ecuador se registra una tendencia hacia una mayor participación de los nacimientos aportados por madres adolescentes. En la actualidad Venezuela y Colombia y Ecuador son los países en los cuales existe una proporción más alta de nacimientos de madres adolescentes respecto al total.<sup>21</sup>

- **Embarazo de adolescentes en Perú**

En el 2010 el 20% de la población total son adolescentes, 5'821,587; siendo la mayor proporción de población adolescente vive en zona urbana 65 % y el 35% en zona rural. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática se ha elevado, siendo el embarazo adolescente de 12.2% (Endes 2004-2006) a 13.7% (Endes 2009), siendo las cifras mucho más altas entre el grupo adolescente más pobre y con menor nivel educativo. Las cifras coinciden con un inicio temprano de las relaciones sexuales, al promediar los 12 años de edad; siendo las regiones como Loreto, Ucayali, Lima, Cajamarca, Apurímac y Ayacucho que concentran la mayor incidencia; cabe indicar que 3 de 10 mujeres sexualmente activas son adolescentes; a ello se suma que el 87.7% de jóvenes que integran este grupo etario no usan métodos anticonceptivos modernos. Comparando el patrón reproductivo de las mujeres más pobres con las de mayores ingresos , se observa que existe una diferencia de más de 6 años en el inicio de la maternidad. Mientras que a los 26 años, la mujer pobre tiene su tercer hijo, la otra tiene su primer hijo. Asimismo señala el informe que los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales. En las grandes ciudades generalmente no son deseados (planificados) y se dan en

parejas que no han iniciado su vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la “madre soltera”.<sup>22,23</sup>

#### **b) Problemática Actual**

La sexualidad es una vivencia subjetiva, determinada por factores biológicos como socioculturales. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo.

La adolescencia es una época de cambio que determinan el paso progresivo desde la infancia a la vida adulta, se orientan hacia su madurez física y emocional, durante la adolescencia, los sentimientos sexuales se despiertan de nuevas formas debido a los cambios hormonales y físicos de la pubertad. Estos cambios afectan tanto al cuerpo y la mente, y los adolescentes pueden preguntarse acerca de los nuevos sentimientos sexuales.

La primera relación sexual debe acompañarse de una madurez concienzuda de este hecho, para que se guarde como un momento bonito e inolvidable para el resto de sus días y no se convierta en una experiencia dolorosa y amarga que la acompañe como una sombra por el resto de sus días, y cumplir el concepto de salud sexual y reproductiva según Beiging.<sup>24,25, 26, 27</sup>

Algunos estudios, señalan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años; además que el

60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.<sup>28</sup>

- **Infecciones de transmisión sexual :**

La existencia de servicios de salud sexual y reproductiva deficientes es una de las causas de mortalidad materna, y ha dado lugar a un aumento del número de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo. La OMS estima que todos los años se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, como la clamidiasis y la gonorrea, entre la población de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Muchos de esos casos no son tratados por falta de acceso a servicios adecuados. Cada año se producen millones de casos de infecciones víricas, incluida la infección por VIH. Además, la infección de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VPH) está estrechamente vinculada al cáncer cervicouterino, que anualmente se diagnostica a más de 490 000 mujeres y provoca 240000 muertes.

En los Estados Unidos, el 2009, el 46% de estudiantes de secundaria había tenido relaciones sexuales, y el 14% de estudiantes de secundaria había tenido cuatro o más parejas sexuales durante su vida. El 2002, el 11% de hombres y mujeres de 15-19 años había tenido sexo con alguien del sexo opuesto, 3% de los varones de 15-19 años había tenido sexo anal con una hombre. El 2006, se estima que 5.259 jóvenes de 13 a 24 años en los 33 estados de EE.UU. que reportaron la CDC fueron diagnosticados con el VIH / SIDA, lo que representa alrededor del 14% de las personas diagnosticadas al año. En los Estados Unidos, el VIH / SIDA es la séptima causa de mortalidad en los adultos jóvenes menores de 25 años, y representa el 13% de los casos diagnosticados anualmente. <sup>29,30,31</sup>

- **Aborto en la Adolescencia:**

El aborto inducido no es un problema fácil de evaluar. La dificultad radica en que una conducta social no puede ser explicada por las opiniones de sus actores. Depende del sistema de relaciones sociales donde está inmersa, las relaciones jurídicas y morales, las instituciones que influyen sobre ella y del soporte económico y tecnológico del país. Es difícil conocer la problemática real del aborto en la adolescencia en nuestra región, pues en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias

restricciones. Sólo Cuba, Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos tienen estadísticas confiables, ya que el aborto está despenalizado. Pese a las prohibiciones, se estiman en varios millones el número de abortos ilegales que ocurren cada año. Uno de los principales dilemas éticos del aborto en la adolescente es enfrentar el principio de la autonomía de la joven para demandar el aborto y la respuesta que la sociedad le conceda. Estudios realizados reportan gran peso de la familia en la toma de la decisión de abortar, también coinciden con que el deseo de no interrumpir los estudios y no estar preparada para asumir la maternidad constituyen razones importantes en las que se basa esta decisión. Llama la atención el poco peso que se le reconoce a los grupos de pares en la toma de la decisión de abortar, lo cual discrepa respecto al peso encontrado a estos en la génesis de otras conductas de riesgo como es el inicio precoz de las relaciones sexuales.<sup>32</sup>

- **Mortalidad materna**

Según los reportes estadísticos cada día mueren unas 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de las cuales un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. Siendo la mortalidad materna mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y con menor nivel educativo. La mortalidad materna mundial se ha

reducido en un tercio entre 1990 y 2008. En comparación con las mujeres de más edad, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), la obstrucción del parto, los abortos peligrosos.<sup>33</sup>

**c) Factores de riesgo de la cesárea**

La cesárea es un procedimiento que se diseñó para extraer al feto, mediante laparotomía e histerotomía, cuando se dificulta el parto por vía natural. Es una intervención quirúrgica conocida desde hace muchos años y a través del tiempo ha sufrido modificaciones en su técnica. Al inicio se consideraba una intervención temible porque producía elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal. En la actualidad es un procedimiento útil y muy apreciado, ya que los progresos en anestesia, analgesia, transfusión sanguínea y administración de antimicrobianos han sido satisfactorios. Estos logros han

disminuido la morbilidad y mortalidad materno-neonatal que ocurría con la cesárea, pero han propiciado su abuso, hasta ponerla en manos no responsables ni éticas. En la obstetricia moderna, la cesárea previamente determinada o por solicitud de la paciente ha creado una situación que pone en juego la ética y el juicio del ginecólogo consciente y responsable.<sup>34</sup>

- **Epidemiología:**

Desde la década de 1970, muchos países desarrollados han experimentado crecimiento sustancial en las tasas de cesárea. En Inglaterra, por ejemplo, la tasa de cesárea ha aumentado de 9% en 1980 al 24,6% en 2008-9. En Francia, país que recientemente recibió un encumbrado lugar en la lista de la OMS sobre calidad de servicios, reporta el 15.9 % en 2006. España en los hospitales públicos expone el 18 %, mientras que en las clínicas privadas el 28 %. China reporta una tasa tan alta como el 40 % en el 2007. En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23 % en el año 2007. En 2000, las tasas de cesárea para embarazos únicos en el Servicio Nacional de Salud (SNS) las unidades de maternidad en Inglaterra y Gales osciló del 10% al 43% . La provincia Granma terminó el 2008 con un índice del 28 % y el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" elevó este indicador hasta un 31 % ese mismo año. Los diagnósticos más frecuentes para esa decisión fueron: el

sufrimiento fetal agudo relacionado con el líquido amniótico meconial y el cuello uterino con condiciones desfavorables, causas similares a las reportadas en la media nacional. Se han sugerido varias razones para este aumento, incluyendo aumento de la edad materna en el primer embarazo, los avances tecnológicos que han mejorado la seguridad del procedimiento, los cambios en las preferencias de las mujeres, y una proporción cada vez mayor de mujeres con cesárea anterior.

Sin embargo, existe la preocupación acerca de si las altas tasas de cesárea se justifican porque el procedimiento no está exento de riesgo. Las mujeres pueden experimentar complicaciones después de la cesárea tales como hemorragia, infección y trombosis, además de presentar un mayor riesgo de complicaciones en posteriores embarazos (por ejemplo, rotura uterina y la placenta previa). La cesárea puede ser primitiva, iterada y electiva o programada cuando respectivamente se realiza por primera vez, por segunda o más veces y cuando se realiza antes del inicio del trabajo de parto por existir condiciones de la madre o el niño que exigen la terminación del embarazo y está contraindicada la vía transpélvica. La justificación médica para un parto por cesárea es la presencia de factores de riesgo que pueden poner en peligro la vida de la madre o del niño en un parto normal. Debido a que la tasa de

cesárea se eleva, de modo que su promedio aumenta de un 15 a un 33 % en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad y mortalidad materna también se incrementan. El incremento injustificado de la cesárea no mejora la morbilidad ni la mortalidad materna, eleva los costos hospitalarios y puede comprometer el futuro obstétrico de la mujer por la existencia de una cicatriz en el útero. Los resultados perinatales también se ven comprometidos por mayor incidencia de morbilidad respiratoria, metabólica e infecciosa. En general, los nacidos por cesárea tienen dos veces más probabilidad de morir en el periodo neonatal que los nacidos por parto vaginal.<sup>35,36</sup>

**d) Factor de riesgo :**

La valoración del riesgo es necesaria para identificar a la mujer embarazada, al feto y/o al recién nacido en peligro de presentar una enfermedad o desarrollar una lesión residual permanente. Siendo el embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.<sup>37</sup>

• **Características:**

Hasta hace unos años la operación se realizaba por estrictas razones médicas en las que el feto no podía pasar por el canal de parto o el parto vaginal representaba un riesgo para la madre o el feto. Sin embargo en la actualidad,

además de las indicaciones anteriores se suman otras de diagnóstico más preciso de ciertas patologías y la cesárea por participación de la pareja en la toma de decisiones. Las indicaciones de cesárea pueden ser absolutas y relativas.<sup>9,10</sup>

- **Factores de riesgo materno:**

La decisión para llevar a cabo una cesárea puede depender del obstetra, del sitio del parto y de los partos anteriores o antecedentes médicos de la mujer.

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas. Entre las absolutas se citan la desproporción cefalo pélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la presentación pelviana con feto único al término de la gestación. Estos son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.

Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción.

Son casos que, por lo tanto, tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión. Por ejemplo, la cesárea previa es, para algunos, indicación de cesárea por el riesgo de rotura de la cicatriz uterina durante el parto. Actualmente se considera que si no se repiten los motivos de la primera

intervención o no existe otra indicación, si se reúnen los criterios, debería permitirse el parto vaginal bajo observación cuidadosa.

Esquemáticamente las podemos dividir:

- Generales: Edad, procedencia; antropométricos: Talla.
- Gineco- Obstétricos: Antecedentes Obstétricos Generales : cantidad de embarazos, cesáreas anteriores, abortos, control prenatal; del embarazo: edad gestacional, gestación actual; del Recién nacido: Peso de recién nacido; complicación durante el embarazo: distocias, hipertensión gestacional, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal aguda, ruptura prematura de membrana; enfermedades no obstétricas asociadas: anemia, infección urinaria, enfermedades congénitas, etc. <sup>38,14</sup>

**e) Consecuencias del embarazo adolescente :**

En el último tiempo ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

✓ Complicaciones somáticas

➤ Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno - fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.<sup>39</sup>

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con

mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente. Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.<sup>40</sup>

➤ Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque sí existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo

financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante. La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.<sup>40</sup>

- **Complicaciones Psicosociales**

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción

escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes. La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año.<sup>41</sup>

## **2.3 Definición de Términos Básicos**

### **a) Parto eutócico :**

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones. <sup>42,43</sup>

### **b) Cesárea:**

Se puede definir como operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo, o muerto, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterino (histerotomía). Esta definición no incluye la remoción de un feto de la cavidad abdominal en caso de ruptura uterina o en caso de un embarazo abdominal. <sup>44</sup>

### **c) Factores de riesgo :**

Es toda característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupos de personas que se asocia a una probabilidad mayor de sufrir un daño <sup>40</sup>.

Según la división pueden ser:

○ **Generales**

❖ **Socio demográficos :**

1. **Adolescente:** Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).

2. **La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)**

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarios. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo

la transformación. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad.

### **3. La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)**

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. La temeridad – un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando

los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas.<sup>45,46,47</sup>

❖ **Antropométricos:**

**1. Talla:**

La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP),

trabajo de parto disfuncional y parto operatorio la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico. Soka reporta que en Burkina Faso las mujeres de hasta 155 cm de talla tienen 4,9 veces más probabilidad de tener un parto por cesárea que las mujeres de mayor estatura. La primigestación asociada a talla baja es otro factor que determina un mayor número de cesáreas por DCP. Liu en un trabajo realizado en el Hospital Belén de Trujillo encuentra que la talla materna baja (<145 cm) está asociada a una mayor incidencia de trabajo de parto disfuncional, tanto en nulípara como en múltiparas. La talla es una medida fácil de realizar y podría prevenir muertes maternas y perinatales.<sup>48</sup>

○ **Gineco- Obstétricos:**

**1. Hipertensión Gestacional**

La presión arterial alta durante el embarazo se ha definido en cuatro categorías: hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia, y preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica. Una medición de la presión arterial materna mayor de 140/90 mm Hg en dos ocasiones antes de las 20 semanas de gestación, indica la hipertensión crónica. El tratamiento farmacológico es necesario para evitar daños en la madre de

los órganos diana (150 a 180/100 a 110 mm Hg). La hipertensión gestacional es un diagnóstico que reemplaza a la hipertensión inducida en el embarazo, es provisional de las mujeres con nuevo inicio, la hipertensión sin proteinuria después de 20 semanas de gestación, muchas de estas mujeres finalmente se les diagnostica preeclampsia o hipertensión crónica. La preeclampsia es el desarrollo de la hipertensión de reciente comienzo con proteinuria después de 20 semanas de gestación. Los resultados adversos relacionados en el embarazo por la preeclampsia severa son causados principalmente por la necesidad de un parto prematuro. El síndrome de HELLP ( que comprende la hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas), es una forma de preeclampsia severa con altas tasas de morbilidad materna y neonatal.<sup>49,50</sup>

## **2. Anemia**

Es una de las patologías más frecuentes en el embarazo y la más comúnmente encontrada es por la deficiencia de hierro. El diagnóstico depende no solo del cuadro clínico que incluye una historia clínica del paciente y el examen físico completo sino de valores hematológicos como hemoglobina y el hematocrito entre los principales. El aumento del

volumen plasmático es mucho mayor que la masa eritrocitaria por lo que la sangre sufre un proceso dilucional y el hematocrito cae desde los promedios de mujeres no embarazadas desde un 40 % a un 33% durante el último trimestre; así también la hemoglobina desciende desde valores de 14 gr/dl hasta los 10 a 11 gr/dl siendo considerados normales durante el segundo y tercer trimestre. La OMS la subdivide en: Leve: 10.0- 10.9 mg /dl; moderada: 7 – 9,9 mg /dl; severa: menor a 7 mg /dl.<sup>51</sup>

### **3. Hemorragias en la segunda mitad de la gestación (>20 semanas)**

La gestante que presenta un sangrado en la segunda mitad de la gestación puede deteriorarse rápidamente. Hay que tener en cuenta si la hemorragia tiene lugar en el momento del parto o el intraparto. Si es en el momento de parto hay que contemplar tres entidades nosológicas: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa y la posibilidad de una rotura uterina si la hemorragia ocurre dentro del parto.

### **4. Desprendimiento prematuro de la placenta**

Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta es la separación de la placenta, no inserta en el orificio cervicouterino, de su inserción decidual entre la semana 20 del embarazo y el periodo de alumbramiento.

La etiología es desconocida, pudiendo ser multifactorial. Los diversos factores que incrementan el riesgo de DPPNI son: Estados hipertensivos del embarazo , edad: >35 años, Paridad: mayor en grandes multíparas, Rotura prematura de membranas pretérmino, corioamnionitis, antecedentes de DPPNI ,cesárea anterior, embarazo múltiple, traumatismos, consumo de tabaco, cocaína, y otros.

➤ **Placenta Previa:**

Se define como la inserción de la placenta en el segmento inferior uterino. La etiología de la placenta previa es desconocida pero hay varios factores asociados a su aparición, y varias teorías que podrían participar en su aparición entre ellas son : Retraso en la maduración del blastocisto, incisiones uterinas previas: una cesárea incrementaría el riesgo de aparición hasta el 0,65%, dos hasta 1,5%, tres el 2,3% y tras cuatro cesáreas el riesgo ascendería al 10%. La cicatriz podría dificultar la migración placentaria; número de abortos: podría estar más relacionado con los legrados; edad materna: >35 años; tabaquismo; raza: negra y asiática; placenta previa en gestaciones anteriores: aumenta el riesgo del 4-8%.

➤ **Rotura Uterina:**

Presenta una alta mortalidad perinatal que varía sensiblemente en la literatura desde un 1.6-5.7% hasta tasas del 12% y del 35%. En cuanto a la mortalidad materna es actualmente mucho menor que hace décadas, variando según diferentes trabajos entre un cero y un 10%. Son múltiples los factores relacionados con la rotura uterina, entre ellas son : Cirugía uterina previa (cesárea previa, miomectomía, metroplastia); parto vaginal traumático (instrumental, versión y gran extracción, parto podálico, distocia de hombros); hiperdinamia uterina; hiperestimulación uterina: oxitocina,; prostaglandina E1 (misoprostol) y E2 (dinoprostona),versión cefálica externa; multiparidad; traumatismos externos. <sup>52, 53</sup>

**5. Distocias**

Distocia significa literalmente parto difícil y se caracteriza por un avance anormalmente lento del trabajo de parto. El trabajo de parto anormal es frecuente siempre que haya desproporción en la presentación y el conducto de parto. Dicho de manera mas simple , tales anomalías se pueden reducir de manera mecánica a tres categorías:

- Anomalías de potencias, contractibilidad uterina y fuerza expulsiva materna (malformación uterina, infección uterina; anormalidades en los periodos de trabajo de parto, etc).
- Anomalías del pasajero, el feto y anexos (presentación, posición, situación, anormalidades del feto)
- Anomalías del conducto de paso, la pelvis (tipos de pelvis, desproporción céfalo pélvica, etc. ).<sup>54</sup>

#### **6. Desproporción céfalo - pélvica**

Es una de las principales indicaciones para cesárea; es una condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción céfalo - pélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros fetopélvicos limítrofes después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción céfalo -pélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e

inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.<sup>55</sup>

## 7. Control prenatal

Se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”. El control prenatal debe ser:

- ✓ **Precoz:** propender a la atención preconcepcional o desde el primer trimestre.
- ✓ **Periódico:** varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas
- ✓ **De buena calidad:** propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo.
- ✓ **Integral:** incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud.
- ✓ **Universal:** con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada.<sup>56,57</sup>

## **8. Infección urinaria**

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas, entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (éstasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del ph de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal. Dado que la IU presenta una gran morbilidad para la madre y el feto, es fundamental detectar la

presencia de infección sintomática o asintomática lo más tempranamente posible y tratarla correctamente.<sup>58</sup>

## **9. Enfermedad de transmisión sexual**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión. No existe una cura para las ETS virales como el herpes genital y el VIH, sin embargo, los medicamentos antivirales pueden ser adecuados para las mujeres embarazadas que tienen herpes y en especial el VIH.

Los condilomas o verrugas genitales están producidos por el virus del papiloma humano (HPV). Los estudios epidemiológicos atribuyen diferencias poblacionales importantes en la prevalencia del HPV así como en la relación causa /efecto de los diferentes tipos virales. En los últimos años se ha observado un aumento considerable de la prevalencia de la infección por HPV, en muchas ocasiones asociado a otras infecciones genitales, como hongos, tricomonas y vaginosis bacterianas. El embarazo favorece la aparición de condilomas en la región anogenital y la frecuencia recogida por distintos autores es muy variable, oscilando entre

el 1.3 y el 30% de las gestaciones. Las localizaciones más frecuentes de los condilomas son la vulvoperineal (80%), vaginal (35%) y en cérvix (20%). Si una mujer tiene lesiones al momento del parto, se puede realizar una operación de cesárea para evitar la infección del recién nacido. La cesárea también puede ser una opción para algunas mujeres infectadas por el VIH. <sup>59</sup>

## **CAPÍTULO III :**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de Estudio:**

Según el diseño se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal.

#### **3.2 Población y Muestra de Estudio:**

✓ **Población:**

La población está conformada 1092 gestantes adolescentes, cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en los años de 2009 a 2010.

✓ **Muestra:**

El tamaño de muestra fue calculado en el paquete estadístico EPI-INFO, con un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%. El tamaño de muestra fue de 281 gestantes siendo 95 gestantes terminaron en cesárea y 186 terminaron en parto vaginal

#### **Criterios de Inclusión:**

Se incluyó en el estudio a las adolescentes cuyos partos fueron atendidos durante el período en estudio y que cumplan con los siguientes parámetros:

- Adolescentes en edad comprendida entre los 10-19 años.

- Atención del parto vaginal y cesárea en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en el período del 2009 - 2010.

**Criterios de exclusión**

- Las gestantes cuya historia clínica estén incompletas.
- Las gestantes  $\geq 20$  años atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en el período del 2009 - 2010.

**3.3. Instrumentos:**

Ficha de Recolección de datos

**3.4. Método y técnica de recolección de datos:**

- ✓ Para realizar el presente proyecto se coordinó con el Director y Jefe de Servicios y áreas involucradas, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para la autorización en el acceso a las Historias clínicas seleccionadas de las pacientes según criterios de inclusión.
- ✓ Para la selección de los casos en una primera etapa se revisó el libro de ingresos del servicio de Gineco-Obstetricia y se elaboró la lista de historias clínicas a revisar.
- ✓ En una segunda fase, se solicitó las historias clínicas al área de archivo de historias clínicas para la revisión respectiva de las mismas para la recolección de la información.

- ✓ El método para la recolección de la información fue mediante la revisión de historias clínicas y la ficha de recolección de datos. La ficha de recolección de datos recolecta información como: tipos de parto; características generales: edad, socio demográficos, estado civil, nivel de instrucción, procedencia y factores antropométricos como Talla. Características gineco - obstétrico: Antecedentes Obstétricos como abortos , control prenatal; complicaciones dentro del embarazo; del parto, del recién nacido; morbilidad asociada.

### **3.5 Procesamiento y Análisis de Datos:**

- Con la información obtenida se elaboró una base de datos en el programa Excel, la cual usó el paquete estadístico SPSS V.17.
- Luego para el análisis se calculó las medidas de frecuencia central: porcentajes, medias, desviación estándar, y de dispersión.
- Para hallar la asociación entre las variables se usó el estadístico  $\chi^2$ . Considerando que existe relación estadísticamente significativa si  $P < 0.05$ .

### **3.6 Limitaciones**

- Se consideró sólo a la población adolescente, siendo un grupo riesgoso por las características propias que presenta en esta edad, por lo que la asociación obtenida tuvo significado limitado.

### **3.7 Variables del estudio**

Variable Dependiente: tipos de partos

Variable Independiente: Factores asociados:

- ✓ Generales: edad , procedencia, talla
- ✓ Factores gineco - obstétricos: abortos anteriores, control prenatal, edad gestacional, gestación actual; complicaciones durante la gestación, peso del recién nacido, enfermedades no obstétricas asociadas.

### 3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

<i>VARIABLE</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>	<i>INDICADORES</i>
<b>Variable Dependiente.</b>			
Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parto eutócico</li> <li>Cesárea</li> </ul>
<b>Variables independientes</b>			
<b>Factores Gineco – Obstétricos</b>			
Complicaciones obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Placenta previa</li> <li>Rotura uterina</li> <li>Desprendimiento prematura de placenta</li> <li>Vasa previa</li> <li>Ninguna</li> </ul>
Hipertensión Gestacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión gestacional</li> <li>Hipertensión crónica</li> <li>Preclampsia</li> <li>Eclampsia</li> <li>Síndrome de hellp</li> <li>Ninguna</li> </ul>
Distocia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalías de pelvi genital</li> <li>Anomalías de potencia</li> <li>Anomalías del feto y anexo</li> <li>Ninguna</li> </ul>

Desproporción céfalo –pélvica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
SFA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
RPM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Enfermedades no obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones urinarias</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> </ul>
Controles Prenatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable Cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
<b>Factores generales</b>			
Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable numérica continua</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescencia inicial o temprana.</li> <li>• Adolescencia tardía.</li> </ul>
Talla	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable numérica cualitativa</li> </ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla baja</li> <li>• Talla normal</li> </ul>
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Viuda</li> </ul>
Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano</li> <li>• Rural</li> </ul>
Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable categórica: cualitativa</li> </ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior Universitaria</li> <li>• Superior No Universitaria</li> <li>• Analfabeta</li> </ul>

**CAPÍTULO IV:**  
**RESULTADOS**

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo 2009 - 2010 , fueron atendidas 1092 gestantes adolescentes, de las cuales el 33.8 % terminaron en cesárea y 66.2% en parto vaginal. Se analizaron 281 historias clínicas según el muestreo realizado, de las cuales 95 gestantes finalizaron su gestación en cesárea y 186 finalizaron en parto vaginal.

**Cuadro N ° 1**

**Características Generales : Edad**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010**

Clasificación de adolescencia	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal				
	n	%	n	%	N	%	
<b>Temprana (10 - 14 años)</b>	4	1.4	3	1.1	7	2.5	0.608
<b>Tardía (15 – 19 años)</b>	91	32.4	183	65.1	274	97.5	0.607
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>33.8</b>	<b>186</b>	<b>66.2</b>	<b>281</b>	<b>100</b>	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

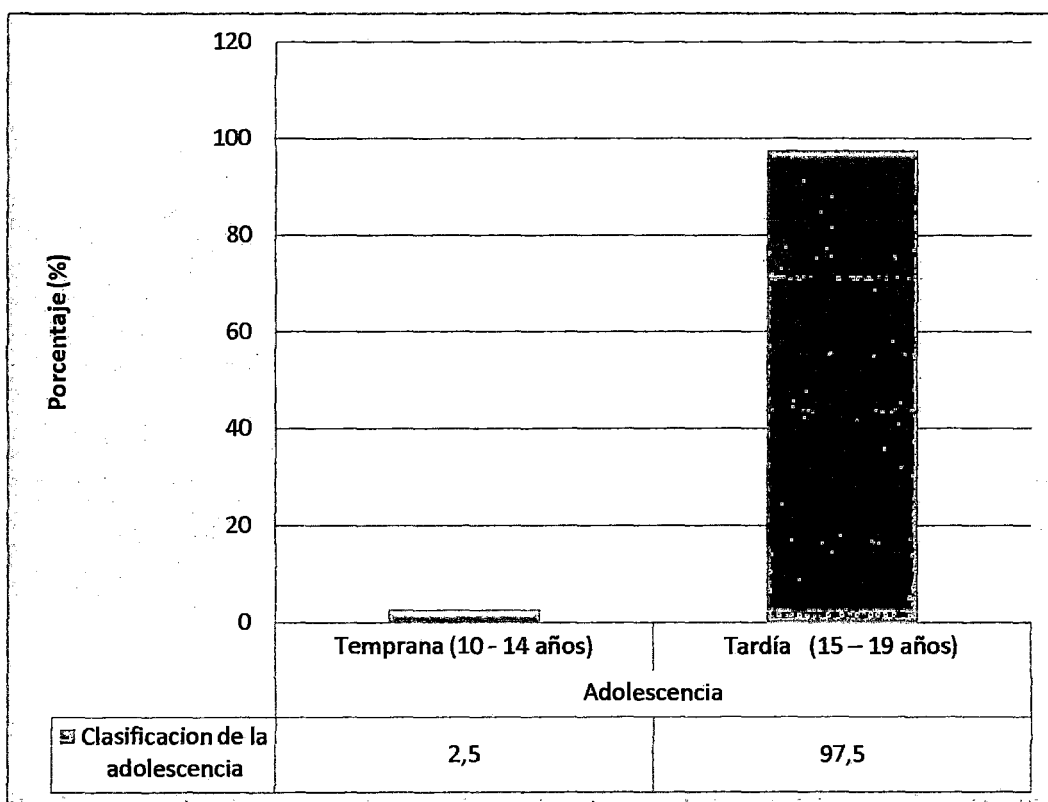
Del total de adolescentes observadas, se encontró que el 97.5% se ubica en la etapa de adolescencia tardía, y el 2.5% son adolescentes tempranas, observando que la mayor

frecuencia se presentó en las pacientes que pertenecían a la adolescencia tardía y que terminaron en parto vaginal con un 65.1% . El promedio de edad fue de 17.6 años (DE: 1.25).

**Gráfico N° 1**

**Características Generales : Edad**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N°2**

**Características Generales : Socio demográficos**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010**

Aspectos socio demográficos	Tipo de parto				Total	
	Cesárea		Vaginal			
	n	%	n	%	N	%
<b>Estado civil</b>						
Soltera	21	22.1	71	38.2	92	32.7
Conviviente	71	74.7	111	59.7	182	64.8
Casada	3	3.2	4	2.2	7	2.5
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>186</b>	<b>100</b>	<b>281</b>	<b>100</b>
<b>Nivel de instrucción</b>						
Primaria	8	8.4	7	3.8	15	5.3
Secundaria	80	84.2	168	90.3	248	88.3
Superior universitario	6	6.3	9	4.8	15	5.3
Superior no universitario	1	1.1	2	1.1	3	1.1
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>186</b>	<b>100</b>	<b>281</b>	<b>100</b>
<b>Procedencia</b>						
Rural	3	3.2	11	5.9	14	5
Urbano	92	96.8	175	94.1	267	95
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>186</b>	<b>100</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

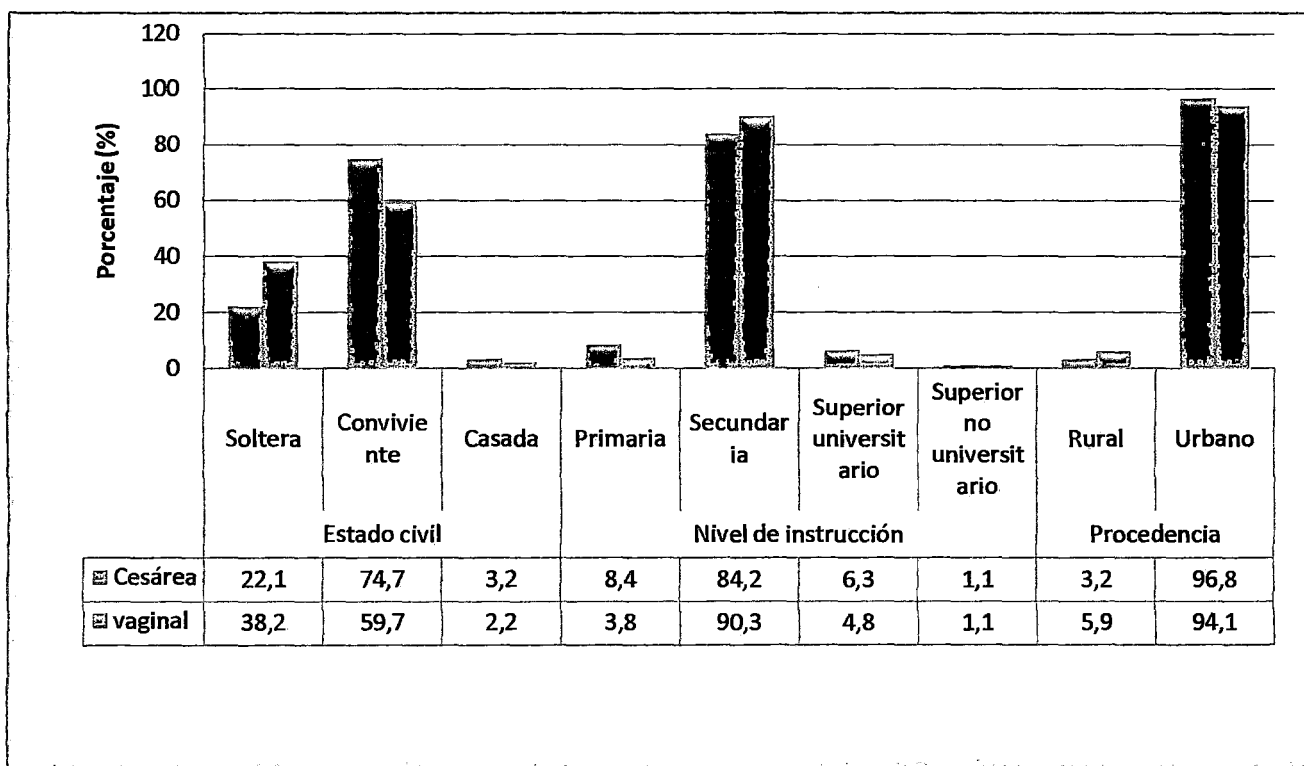
El grado de instrucción de mayor predominancia fue nivel secundaria con 88.3% del total. El nivel primaria estuvo representado por el 5.3% , comparado entre grupos predomina el grupo de madres cuyo parto culmino en cesárea con 8.4%.

Según el estado civil, se encontró que la convivencia es el estado civil más frecuente, representado por 64.8%, comparando entre ambos grupos predomina el estado civil soltera en el grupo de madres cuyo parto fue vaginal (38.2%). Sólo el 2.5% de adolescentes reportaron ser casadas. El 95%, tiene como lugar de procedencia del sector urbano.

**Gráfico N° 2**

**Características Generales : Socio demográficos - Porcentajes**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

### Cuadro N° 3

#### Características Generales : Antropometría

Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010

Clasificación de Talla	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
	n	%	n	%			
<= 1.45 mts.	9	9.5	16	8.6	25	8.9	0.808
> 1.45 mts.	86	90.5	170	91.4	256	91.1	0.808
Total	95	100	186	100	281	100	

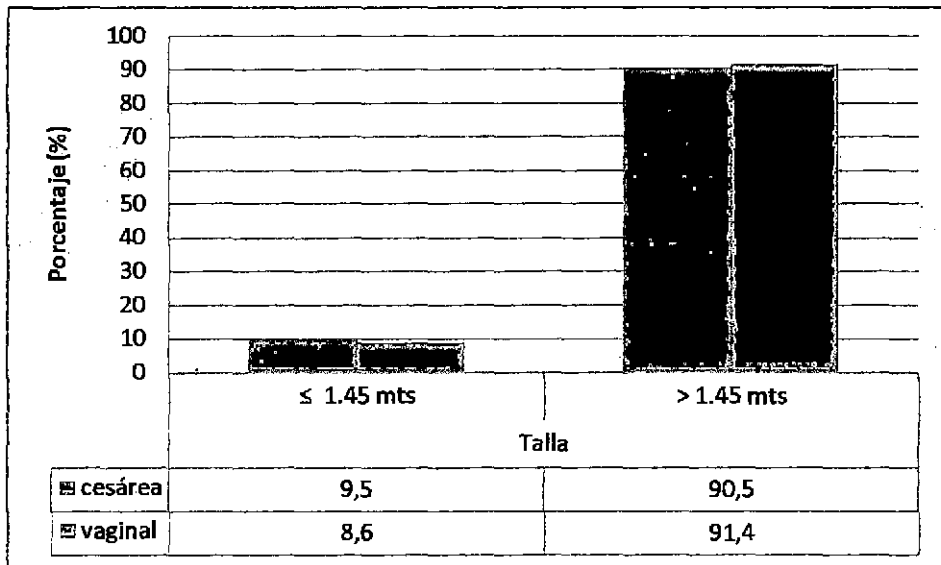
Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

La variable talla > 1.45 mts. fue predominante para ambos grupos comparativos, con 90.5% y 91.4% para el grupo que termino en parto por cesárea y parto vaginal respectivamente.

**Gráfico N° 3**

**Características Generales : Antropometría - Porcentajes**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N °4**  
**Características Gineco – Obstétricas : Del embarazo**  
**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**

Antecedentes Obstétricos Generales	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
Embarazo	n	%	n	%			
Primigesta	74	77.9	165	88.7	239	85.1	0.112
Segundigesta	20	21.0	20	10.8	40	14.2	0.019
Tercigesta	1	1.1	1	0.5	2	0.7	0.627
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>	

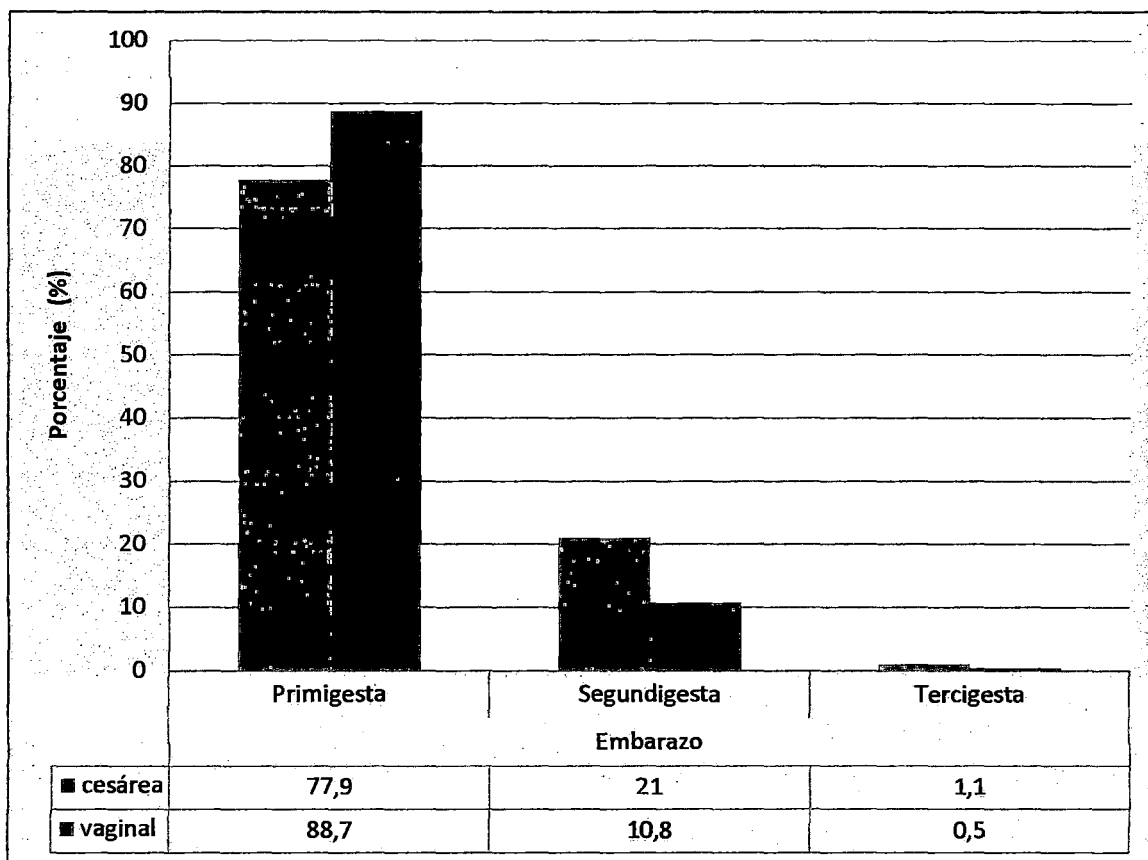
Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

En este cuadro se muestra que el 85.1% de gestantes fueron primigestas ; con un 77.9% y 88.7% para el grupo que terminaron en cesárea comparado con grupo que terminó en parto vaginal respectivamente. Asimismo observamos que en la condición de segundigesta predomina el parto por cesárea con 21% comparado con el grupo de parto vaginal representadas por un 10.8%, el p valor encontrado indica que existe relación significativa entre parto por cesárea y segundigesta. ( $p < 0.05$ ).

Gráfico N° 4

Características Gineco – Obstétricas : Del embarazo - Porcentaje

Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N ° 5**

**Características Gineco – Obstétricas**

**Antecedentes Obstétricos Generales : Control Prenatal**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**

Antecedentes Obstétricos Generales	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
	n	%	N	%			
<b>Control Pre Natal</b>							
Si	49	51.6	127	68.3	176	62.6	<b>0.006</b>
No	46	48.4	59	31.7	105	37.4	
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

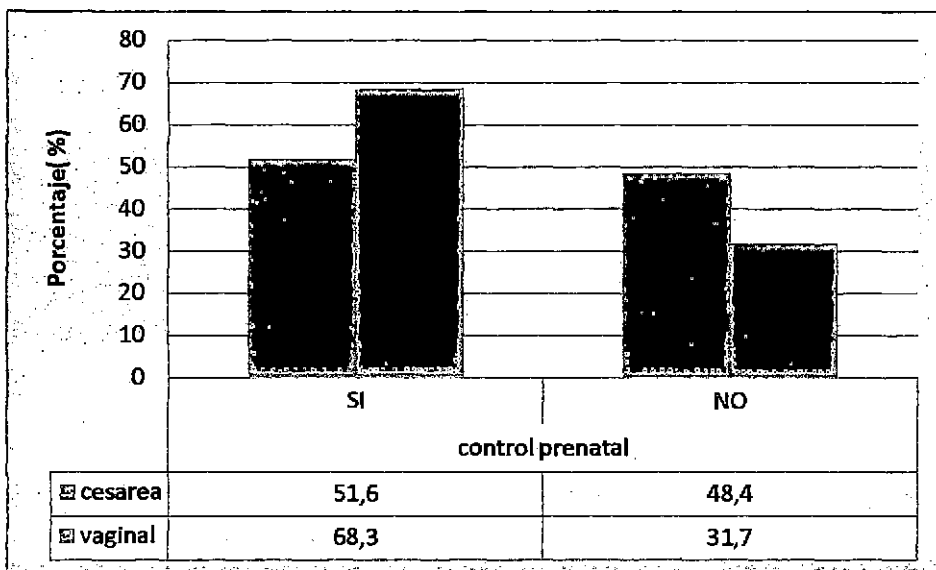
El cuadro muestra que el 62.6% de la población en estudio presentó control prenatal, una mayor frecuencia de control prenatal se observó en el grupo que tuvo parto vaginal con 68.3% , frente al 51.6% observado en el grupo de parto por cesárea, vale la pena resaltar que un importante 37.4 % de madres adolescentes no tuvieron control prenatal, con mayor porcentaje en el grupo de parto por cesárea. El estadístico  $p < 0.05$  encontrado indica que existe asociación entre control prenatal y tipo de parto.

**Gráfico N° 5**

**Características Gineco – Obstétricas**

**Antecedentes Obstétricos Generales : Control Prenatal - Porcentaje**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N° 6**

**Características Gineco – Obstétricas :**

**Antecedentes Obstétricos Generales: abortos anteriores**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**

Antecedentes Obstétricos Generales	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
	n	%	n	%			
<b>Aborto</b>							
0	85	89.5	175	94.1	260	92.5	3.841
1	6	6.3	9	4.8	15	5.3	0.602
2	4	4.2	2	1.1	6	2.1	0.085
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>186</b>	<b>100</b>	<b>281</b>	<b>100</b>	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

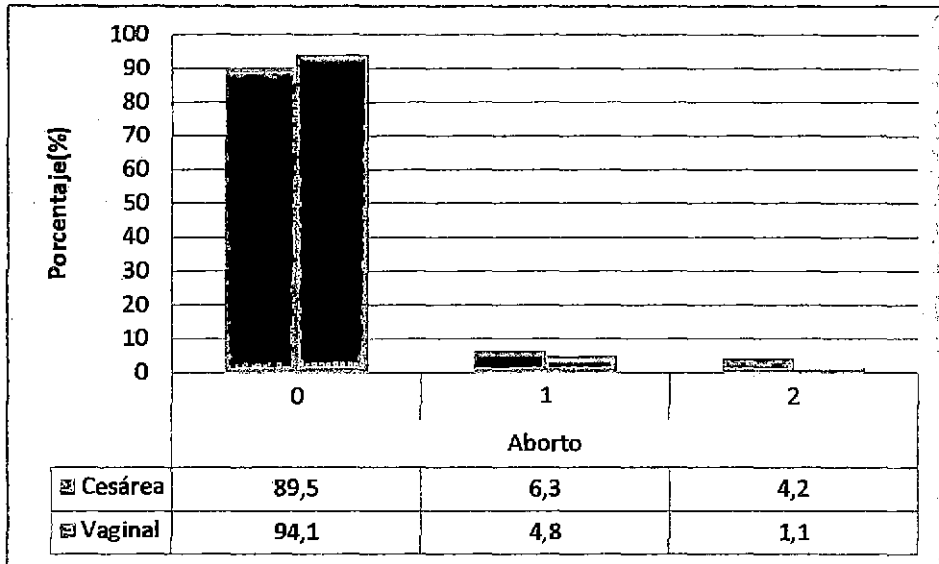
Las gestantes que presentaron aborto fueron un 7.8% del total , considerando que hubo un 10.5 % en el grupo que terminaron en cesárea comparado con el 5.9 % de las que terminaron en parto vaginal.

**Gráfico N° 6**

**Características Gineco – Obstétricas :**

**Antecedentes Obstétricos Generales: abortos - Porcentaje**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

### Cuadro N°7

#### Características Gineco - Obstétricas :

#### Antecedentes Obstétricos Generales: Cesárea anterior

#### Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010

Cesárea anterior	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
	n	%	n	%			
Si	12	12.6	0	0	12	4.3	0.001
No	83	87.4	186	100	269	95.7	
Total	95	100	186	100	281	100.0	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

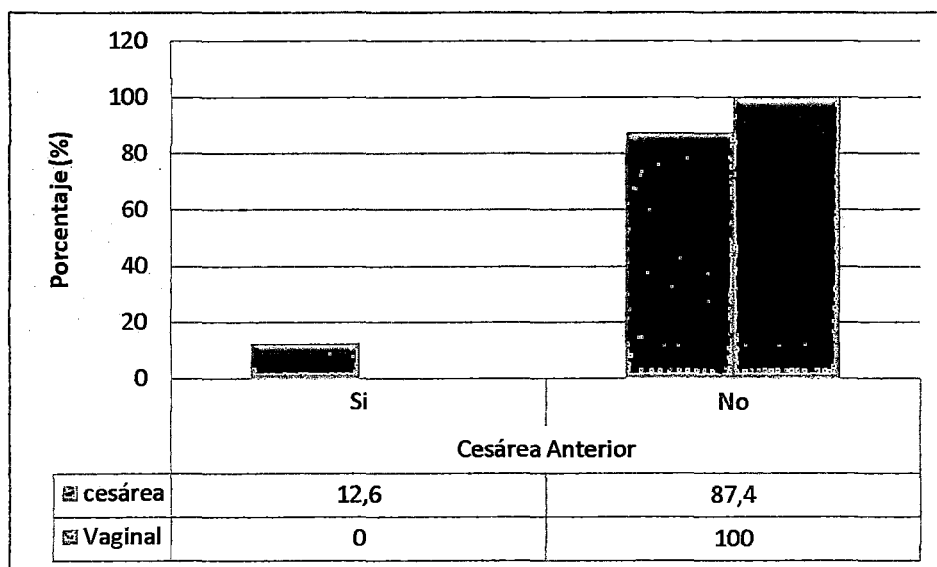
La condición de cesárea anterior estuvo representado por un 4.3% del total de población de estudio, siendo un total de 12 adolescentes gestantes de las cuales el 100% tuvo como tipo de parto cesárea. El estadístico  $X^2$  indica que existe asociación estadísticamente significativa entre haber tenido cesárea anterior y tipo de parto por cesárea. ( $p < 0.05$ ).

**Gráfico N°7**

**Características Gineco - Obstétricas :**

**Antecedentes Obstétricos Generales: Cesárea anterior**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

## Cuadro N° 8

### Características Gineco -Obstétricas:

#### Antecedentes Obstétricos Generales: Período Intergenésico

#### Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010

Antecedentes Obstétricas Generales	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
Periodo Intergenésico	n	%	n	%	N	%	
Ninguno	76	80.0	167	89.8	243	86.5	0.082
< 2 años	8	8.4	5	2.7	13	4.6	0.025
2-4 años	11	11.6	14	7.5	25	8.9	0.537
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

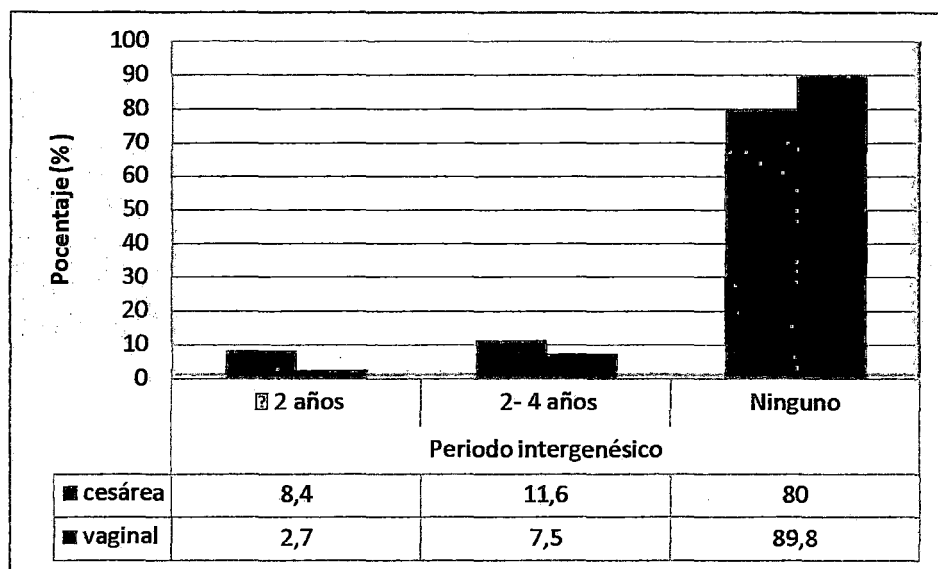
El periodo intergenésico (PI) es un antecedente revisado en este cuadro, observando que el PI de 2-4 años tuvo una frecuencia de 8.9% y < 2 años de 4.6%, en este grupo es evidente que el parto por cesárea predomina frente al grupo de parto vaginal con 8.4% y 2.7% respectivamente. El  $p=0.025$  encontrado indica que existe relación entre periodo intergenésico corto y tipo de parto.

### Gráfico N° 8

#### Características Gineco -Obstétricas:

#### Antecedentes Obstétricos Generales: Período Intergenésico - Porcentaje

Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 - 2010



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N° 9**

**Características Gineco -Obstétricas:**

**Complicaciones obstétricas dentro del embarazo**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**

Antecedentes obstétricos	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
Complicaciones dentro del embarazo	n	%	n	%	N	%	
Hemorragia en la Segunda mitad del embarazo	4	4.2	1	0.5	5	1.8	0.025
Preclampsia	9	9.5	3	1.6	12	4.3	0.002
Sufrimiento fetal agudo	17	17.9	0	0.0	17	6.0	-
Ruptura Prematura de Membrana	11	11.6	8	4.3	19	6.8	0.021
Desproporción cefalo –pélvica	56	58.9	0	0	56	19.9	-

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

El cuadro N° 9 muestra que la hemorragia en la segunda mitad del embarazo corresponde a un 4.2 % de las gestantes que terminaron en cesárea, presentando en su mayoría desprendimiento prematura de placenta; mientras que el 0.5% se presentó en las que terminaron en parto vaginal siendo la placenta previa la patología encontrada en este grupo. Además, la preclampsia se presenta en el 9.5% de las gestantes que terminaron en cesárea mientras que el 1.6 % se presentó en las que terminaron en parto vaginal.

También se muestra que el sufrimiento fetal agudo se presentó en 17.9% del grupo de las pacientes que terminaron en cesárea. El cuadro muestra que tener una ruptura prematura de membrana presenta asociación estadística significativa para cesárea ( $p=0.021$ ), con un 11.6 % para las gestantes que terminaron en cesárea versus 4.3 % de las que terminaron en parto vaginal.; además que la desproporción céfalo pélvica siendo ésta un tipo de distocia con un 58.9 % sólo en el grupo que terminaron en cesárea. .

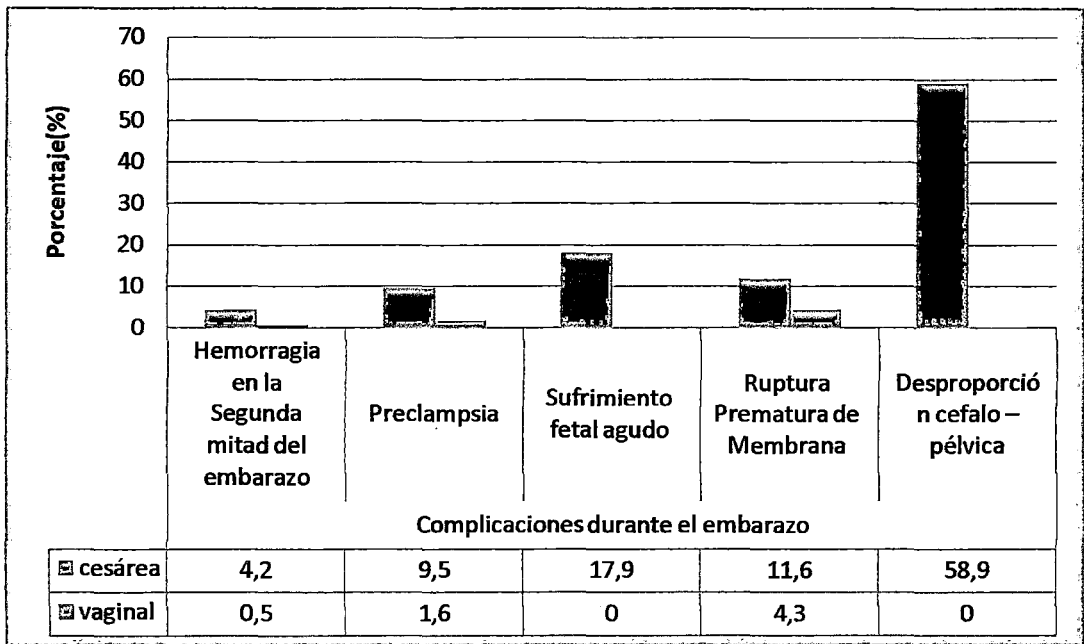
En general podemos observar que todas las complicaciones observadas en el embarazo están asociadas significativamente al tipo de parto ( $p < 0.05$ ).

**Gráfico N° 9**

**Características Gineco -Obstétricas:**

**Complicaciones dentro del embarazo - Porcentaje**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N° 10**

**Características Gineco -Obstétricas:**

**Antecedentes Obstétricos – Distocia dentro del embarazo**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**

Antecedentes obstétricos	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal				
	N	%	n	%	N	%	
Distocia	68	71.6	5	2.7	73	26	0.001
Anomalías del canal pélvico - genital	63	66.3	4	2.2	67	23.8	0.001
Anomalías de contracción	19	20	0	0	19	6.8	0.001
Anomalías de feto y anexos	44	46.3	5	2.7	49	17.4	0.001

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

La distocia representado por un 71.6 % de las gestantes que tuvieron parto cesárea versus un 2.7% que tuvieron parto vaginal, la distocia se dividió en anomalías del canal pélvico- genital presentado en su mayoría desproporción cefalo - pélvica por pelvis estrecha con 67.5 % (39 casos) las gestantes que terminaron en cesárea,

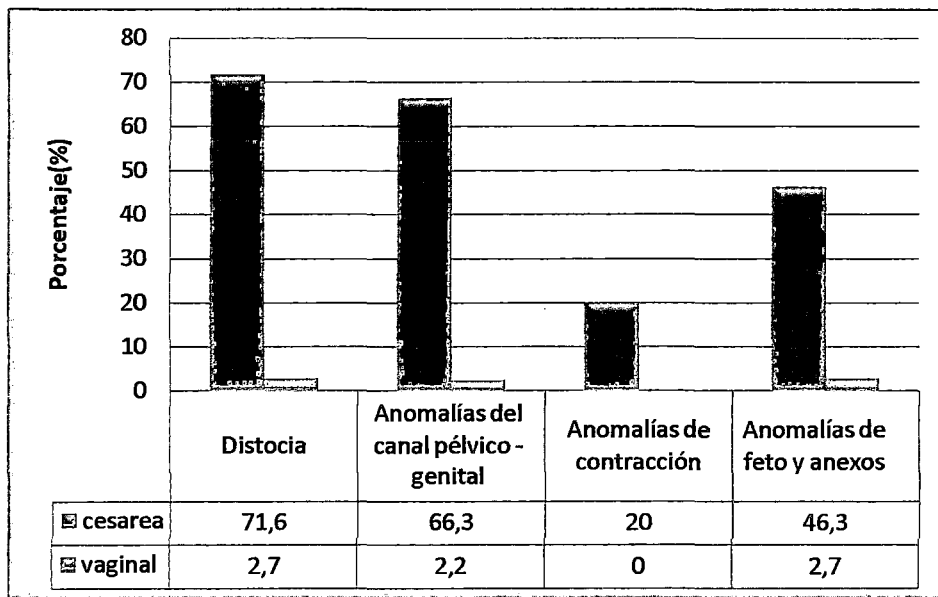
mientras que las que terminaron en parto vaginal presentaron en su mayoría pelvis limite; anomalías de contracción siendo más frecuente el expulsivo prolongado con 67.3 % en las que terminaron en cesárea. Y anomalías de feto y anexo teniendo en su mayoría un diagnostico de desproporción cefalo - pélvica por macrostomia fetal con 49. 3% en las que terminaron en cesárea. (22 casos), mientras las gestantes que terminaron en parto vaginal presentaron en su mayoría circular de cordón simple al cuello.

**Gráfico N° 10**

**Características Gineco -Obstétricas:**

**Antecedentes Obstétricos – Distocia dentro del embarazo**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

### Cuadro N° 11

#### Características Gineco -Obstétricas:

#### Del Parto : Edad Gestacional

Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010

Edad gestacional	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
	n	%	n	%			
< 37 semanas	10	10.5	11	5.9	21	7.5	0.164
37- 40 semanas	72	75.8	151	81.2	223	79.4	0.290
> 40 semanas	13	13.7	24	12.9	37	13.2	0.854
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

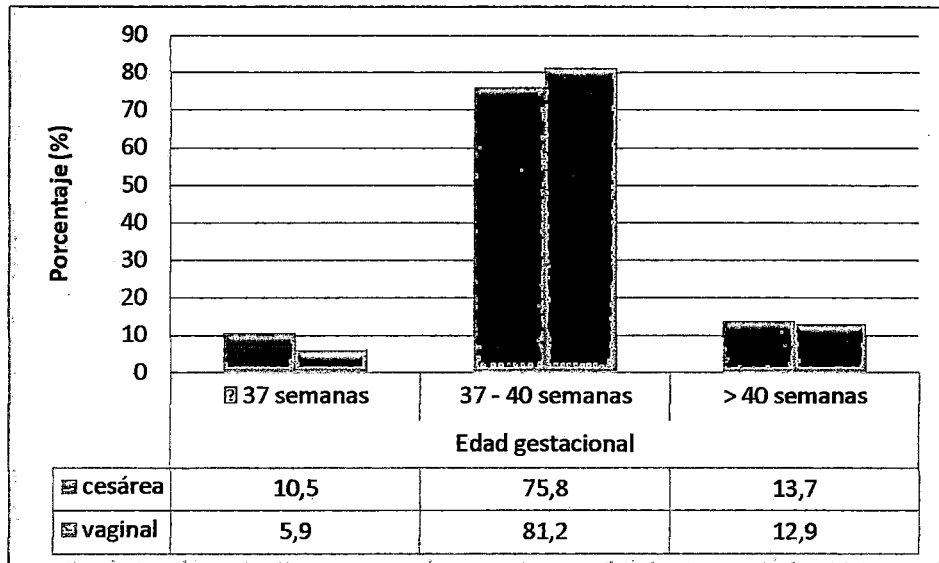
La edad gestacional de la población de estudio estuvo representada por el 79.4% en el grupo de 37-40 semanas. En el grupo < de 37 semanas con 7.5%, se observó que predomina el tipo de parto por cesárea frente al tipo de parto vaginal con 10.5% y 5.9% respectivamente.

**Gráfico N° 11**

**Características Gineco -Obstétricas:**

**Del Parto : Edad Gestacional - Porcentaje**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

## Cuadro N° 12

### Características Gineco – Obstétricas

#### Del Recién Nacido : Peso

Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010

Características Obstétricas	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
Peso de Recién Nacido	n	%	n	%	N	%	
< 2500 gr	7	7.4	6	3.2	13	4.6	0.117
2500-3999 gr	77	81	166	89.3	243	86.5	0.147
≥ 4000 gr	11	11.6	14	7.5	25	8.9	0.259
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>281</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

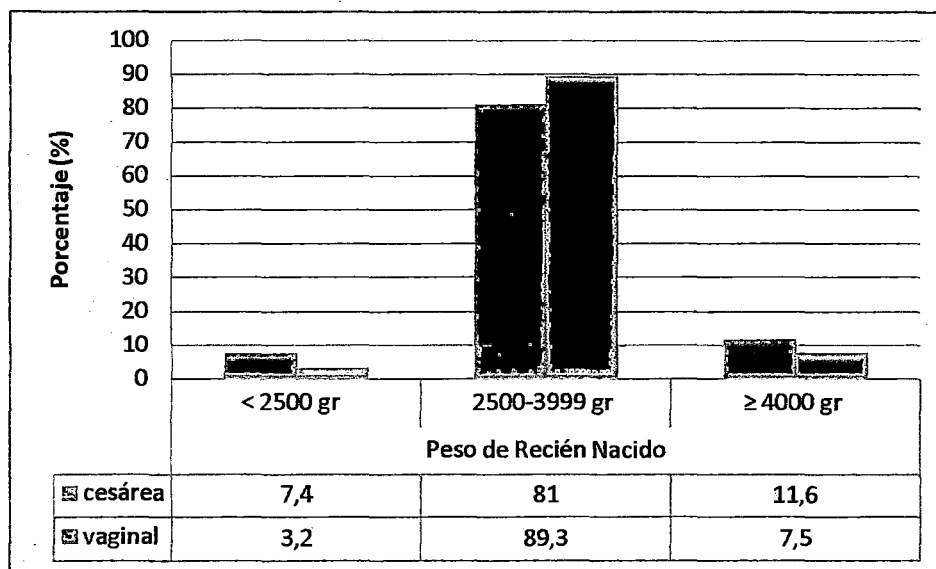
El peso de los recién nacidos, estuvo representado en 86.5% por el grupo de 2500 a 3999 grs., con bajo peso o < 2500 grs. representó el 4.6%. Comparando entre ambos grupos, en la condición de bajo peso, observamos que predomina el RN de parto por cesárea con 7.4% a 3.2% en parto vaginal.

**Gráfico N° 12**

**Características Gineco – Obstétricas**

**Del Recién Nacido : Peso - Porcentaje**

**Hospital Hipólito Unanue de Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N° 13**

**Características Gineco – Obstétricas :**

**Enfermedad no obstétrica asociada**

**Hospital Hipólito Unanue Tacna , 2009 – 2010**

Enfermedad no obstétrica asociada	Tipo de parto				Total		p*
	Cesárea		Vaginal		N	%	
	n	%	n	%			
<b>Infección urinaria</b>	22	23.2	41	22.0	63	22.4	0.832
<b>Condiloma acuminado</b>	4	4.2	1	0.5	5	1.8	0.027
<b>VIH</b>	1	1.1	0	0	1	0.4	-
<b>Anemia</b>	51	53.7	87	46.8	138	49.11	0.273

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 13 se observa enfermedad no obstétrica asociada en la gestación , siendo la anemia una de las enfermedades más frecuentes tanto para gestantes que

terminaron en cesárea (53.7%) como para las que terminaron en parto vaginal (46.8%). También se observó que de las enfermedades como el condiloma acuminado, se presentaron un 4.2 % en el grupo de gestantes que terminaron en cesárea, a diferencia de las que terminaron en parto vaginal con un 0.5 %; encontrado una asociación estadística significativa para cesárea ( $p=0.027$ ).

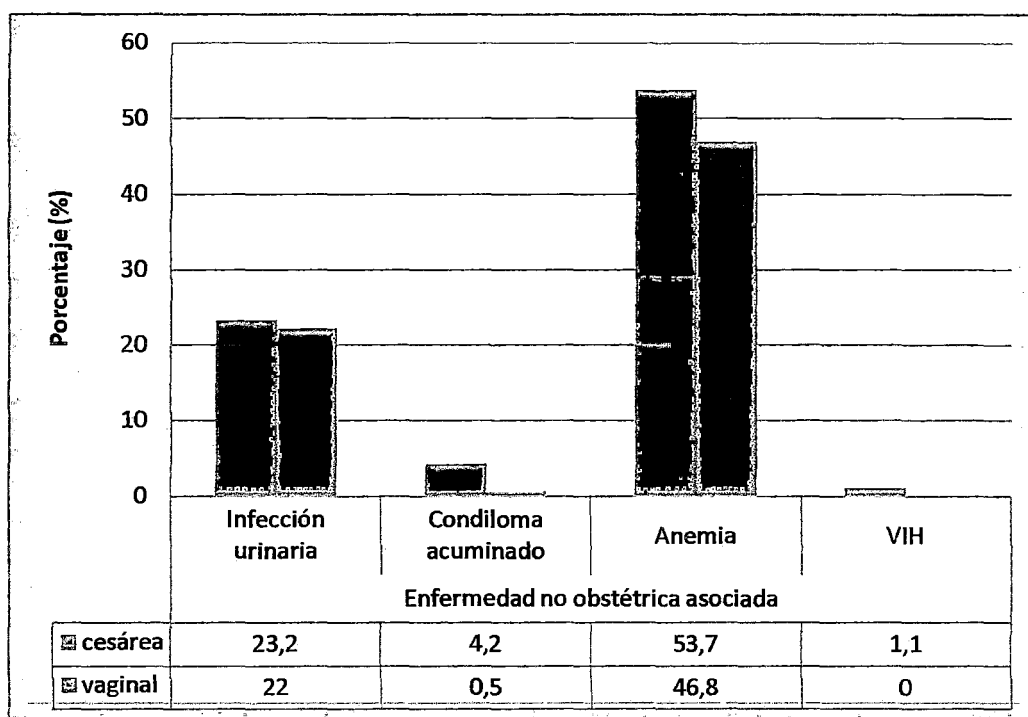
Además se observa que las pacientes con VIH fueron representadas por el 0.4% de todas las gestantes, presentadas sólo en las del grupo que terminaron en cesárea.

**Gráfico N° 13**

**Características Gineco – Obstétricas :**

**Enfermedad no obstétrica asociada**

**Hospital Hipólito Unanue Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**Cuadro N° 14**

**Características Gineco – Obstétricas: Complicaciones durante el embarazo**

**Hospital Hipólito Unanue Tacna , 2009 – 2010**

Complicaciones maternas	Adolescencia temprana (10-14 años)		Adolescencia tardía (15-19 años)		Total		p*
	n	%	n	%	N	%	
<b>Preclampsia</b>	0	0	12	4.4	12	4.3	0.732
<b>Sufrimiento Fetal Aguda</b>	0	0	17	6.2	17	6.0	0.640
<b>Ruptura Prematura de Membrana</b>	0	0	18	6.6	18	6.4	0.623
<b>Desproporción cefalo –pélvica</b>	4	57.1	52	19.0	56	19.9	0.034
<b>Anemia</b>	7	100.0	131	47.8	138	49.1	0.125
<b>Infección urinaria</b>	3	42.9	60	21.9	63	22.4	0.067
<b>Condiloma acuminado</b>	1	14.3	4	1.5	5	1.8	0.078
<b>VIH</b>	0	0	1	0.4	1	0.4	0.856
<b>Total</b>	7	100	274	100	281	100	

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

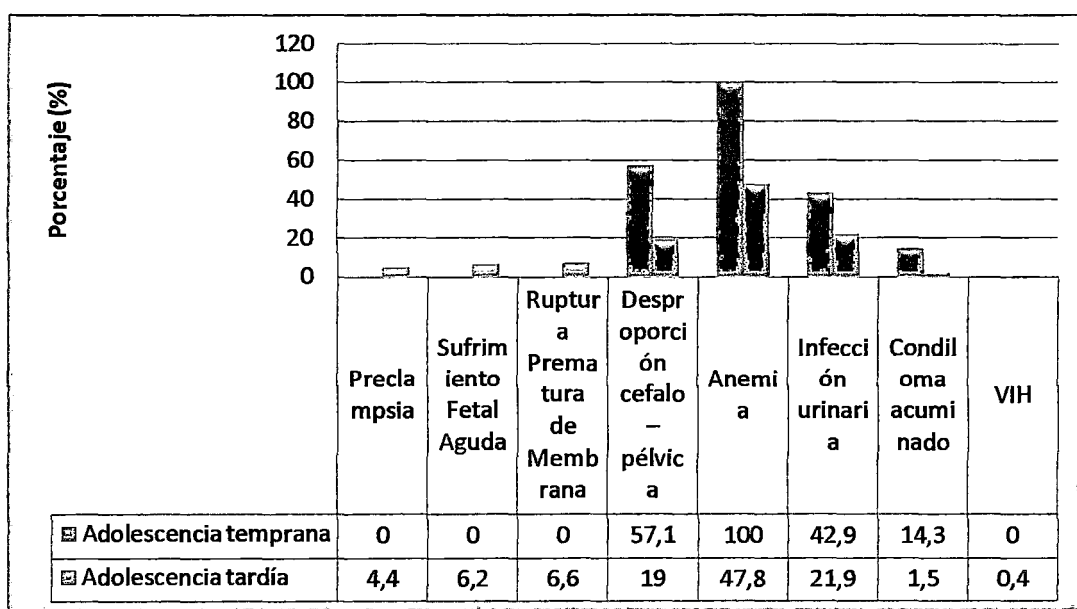
En el cuadro se aprecia que la mayor frecuencia de complicaciones se presentó en la adolescencia tardía; presentado anemia en un 49.1% de todas las gestantes, encontrando en el grupo de la adolescencia temprana el 100% ( 7 casos ) comparado

con el grupo de adolescencia tardía un 47.8% ( 131 casos ). Se resalta que las pacientes con desproporción cefalo – pélvica tienen asociación estadística con la adolescencia temprana ( $p \leq 0.05$ ). Además se menciona que la sumatoria de porcentajes en este cuadro no concuerda con el total.

**Gráfico N° 14**

**Características Gineco – Obstétrica: Complicaciones durante el embarazo**

**Hospital Hipólito Unanue Tacna , 2009 – 2010**



Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

## **CAPÍTULO V:**

### **DISCUSIÓN**

En los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, esto presenta una problemática a nivel mundial debido a que los adolescentes tienen una doble probabilidad de morir en relación al parto, debido a las complicaciones que pueden presentarse, lo que conllevaría a terminar en cesárea. En los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces.<sup>18</sup>

Según la OMS la edad más segura para el embarazo es de los 20 a 24 años de edad, siendo algunas razones de la complicación del embarazo adolescente, el no completar el desarrollo óseo, así como la relativa inmadurez del canal del parto.

En nuestro estudio encontramos que la edad promedio de las pacientes atendidas fue de 17.6 años para cesárea ( $DE \pm 1.25$ ). Además las gestantes con adolescencia tardía fueron el grupo de mayor frecuencia para esta población con un 97.5 % del total de gestantes, representado por un 95.8 % para el grupo de las que terminaron en cesárea y 98.4% en parto vaginal, lo que concuerda con los resultados encontrados

por Vargas Ramos <sup>18</sup> ; otros estudios encontraron que es riesgoso el tener adolescencia temprana , sin embargo nosotros no pudimos encontrar asociación significativa para cesárea en este grupo etáreo (p= 0.608). <sup>18,13,10</sup>

Por otro lado , en las condiciones actuales, el estado civil de las madres adolescentes parece depender de la concepción que tengan la mujer, la sociedad, y todo su entorno, sobre la función de la mujer; por esto en una sociedad tradicional hay mayor número de madres casadas , mientras que en una sociedad donde la mujer es activa laboralmente se encuentra madres adolescentes solteras. En nuestro estudio la convivencia fue el mayor porcentaje encontrado con un 64.8 % de las gestantes , encontrándose un 74.7 % pertenecían al grupo que terminaron en cesárea comparado a un 59.7 % en parto vaginal; estos datos se relacionan a otros estudios que mencionan que las adolescentes presentaron en su mayoría soltería o una unión libre lo que concuerda con nuestros resultados. , esto concuerda con la literatura analizada <sup>14,18,60</sup> .

Por otro lado, el nivel de instrucción de las adolescentes es una característica que se relaciona a condiciones socio económicas y sus bajos niveles como el analfabetismo o escolaridad primaria que influye negativamente en la actitud de la paciente sobre la búsqueda de ayuda para la atención de su embarazo, o para captar la información necesaria y para el cumplimiento de las indicaciones dadas. En nuestro estudio no

encontramos pacientes analfabetas, pero se observó un mayor número de casos con secundaria representado por el 88.3 % de las gestantes; Ramón Montenegro<sup>13</sup>, en su estudio menciona que el analfabetismo ocasionaba riesgo de complicaciones en el embarazo (OR = 3.72, IC = 2.18 – 6.37 y P =0.0000001), ocasionado por una asociación a el estado económico bajo que presentaron esta población.

Muchas de la complicaciones dentro del embarazo se producen por la procedencia de la población siendo un riesgo aquellas pacientes que provienen del sector rural, no obstante en nuestro estudio se encontró un menor porcentaje del área rural.<sup>60</sup>

La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas; siendo estudiado por Guzmán y col<sup>17</sup>, que mencionan que encontraron 29.8% de cesárea en gestantes con una estatura  $\leq 1.45$  mts. comparado con nuestros resultados con un 9.5 % para las que terminaron en cesárea y 8.6 % en parto vaginal; por otro lado también encontraron una asociación para cesárea el tener talla baja ( $p \leq 0.05$ ).

También mencionamos que el análisis realizado en nuestro trabajo encontró que el mayor porcentaje eran primigestas con un 85.1 % de total de las gestantes, considerando que hubo un igual comportamiento por tipo de parto ; no obstante encontramos que las segundigestas, el tener cesárea anterior y un periodo

intergenésico menos de 2 años tenían asociación para cesárea ( $p \leq 0.05$ ), considerando que la edad promedio de la población fue de alrededor de 17 años ; esto se explica al analizar los respectivos cuadros donde se evidencia que un grupo de esta población segundigesta tenían cesárea anterior, además de un periodo intergenésico corto lo que es una indicación para cesárea por el peligro de rotura uterina , por otro lado en la literatura analizada menciona que la mitad de los embarazos adolescentes ocurren durante los 6 meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y no más de un 30% usan algún método anticonceptivo, considerando además que las estadísticas señalan que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25% y el 50% durante el segundo año.<sup>27,60</sup>

En cuanto al período intergenésico de 2 a 4 años lo presentan un 8.9% de las gestantes , siendo un 11.6% pertenecientes al grupo que terminaron en cesárea y 7.5% en parto vaginal; este periodo es un factor protector según la literatura analizada.<sup>60</sup>

Como se mencionó anteriormente el periodo intergenésico menos de 2 años, tenían asociación para cesárea; esto se explicaría debido a que la gestante adolescente por su inmadurez no tiene una estabilidad emocional adecuada además de presentar una serie problemas en su núcleo familiar , por lo que presenta una inadecuada responsabilidad para protegerse de una posterior gestación debido a los problemas

que conlleva ello , tanto emocionales como obstétricas; siendo esto más problemático sobre todo para las pacientes con cesáreas anteriores.<sup>40,44, 60</sup>

En los países de Latinoamérica se estima que la proporción total de las adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos. En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada diez mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal es adolescente. Se pudieron analizar en esta población el tener abortos, encontrando un menor porcentaje de casos, con hasta 2 abortos anteriores sobre todo en las gestantes que terminaron en cesárea. Pelaez Mendoza <sup>32</sup>, menciona que los elementos que incrementa el presentar aborto, son su corta edad, poseer poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo, con la renuencia a aceptar la realidad de su situación, la ambivalencia respecto al embarazo, la ignorancia respecto a dónde acudir para obtener orientación y ayuda, y la vacilación en confiar en los adultos, lo que dificulta la comunicación y la solicitud de ayuda al sospechar un embarazo.

La asistencia a las unidades de salud conlleva a un buen seguimiento del embarazo a través del control prenatal, lo que a su vez facilita la detección de factores de riesgo; el control prenatal adecuado en cantidad, calidad y contenidos , tiene un enorme potencial de contribución enfocado a disminuir la morbi - mortalidad evitable y

promover la calidad de vida de las gestantes. Nuestro estudio analizó que hubieron un 37.4 % del total de gestantes que no presentaron control prenatal, teniendo predominancia en las pacientes que terminaron en cesárea, además que hubo asociación entre el no tener control prenatal con cesárea ( $p \leq 0.05$ ), estos resultados concuerdan a la literatura analizada que menciona que es un de riesgo en el desarrollo y termino de la gestación el no tener controles prenatales, la edad temprana , la escolaridad tanto de la gestante como de su pareja.<sup>56,57,60</sup>

Muchas publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de complicaciones en gestantes menores de 20 años como la anemia, preclampsia, desprendimiento prematuro de la placenta y desproporción feto-pélvica, entre otros.<sup>39,60</sup> Siendo las complicaciones más frecuentes encontradas en nuestro estudio el presentar desproporción céfalo pélvica (considerándola como un tipo de distocia) con un 19.9% de las gestantes, con mayor frecuencia en las gestantes que terminaron en cesárea a diferencia de las que terminaron en parto vaginal y con un 57.1 % en la adolescencia temprana (4/7 ) y un 19.9 % en la adolescencia tardía (52/274); estos resultados concuerdan con lo encontrado por González C. y col mencionando que la cesárea segmentaria en adolescentes tuvo indicación más frecuente para las que presentaron desproporción céfalo - pélvica con un 32.43%<sup>9</sup> . Por otro lado la distocia en este estudio fue agrupada en 3 categorías para su mejor

evaluación, como la distocia por anomalía del canal pélvico – genital que fue la más frecuente encontrada y dentro de este grupo la desproporción cefalo – pélvica por pelvis estrecha fue presentada por un 67.5 % (39 casos ), estos resultados concuerdan con muchos estudios por la inmadurez del desarrollo de este grupo etáreo; las distocias por anomalías de feto y anexos fue otro grupo el cual se estudió, presentando en mayor porcentaje la desproporción cefalo - pélvica por macrosomía fetal en las pacientes que terminaron en cesárea y por último las anomalías de contracción teniendo mayor frecuencia dentro de este grupo el expulsivo prolongado. No obstante esto puede ser variable en otros estudios, como lo encontrado por Avanza MJ y col que menciona que la principal asociación a cesárea era presentar cesárea anterior con un 31 % a diferencia de la desproporción céfalo pélvica con un 5.5 % <sup>11</sup>. También Salinas Avalos y col , mencionan en su estudio que el mayor porcentaje de pacientes adolescentes presentaron una distocia de presentación , seguida de SFA, eclampsia / preclampsia, entre otros. <sup>12</sup>

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una entidad muy frecuente sobre todo en edades tempranas y constituyen una de las causas de la triada mortal junto con la hemorragia y la infección, provocando gran parte de la morbimortalidad materna; resaltamos que en nuestros resultados hallamos que los pacientes con preclampsia se presentaron en 9.5% de las gestantes que terminaron en cesárea mientras que el 1.6

% se presentó en las que terminaron en parto vaginal , encontrando asociación para cesárea ( $p= 0.002$ ) .<sup>16</sup>

En conclusión podemos mencionar que las complicaciones dentro del embarazo que fueron analizadas se las encontró en mayor frecuencia en la población de las gestantes que terminaron en cesárea, teniendo una asociación significativa para cesárea ( $p < 0.05$ ) y que la desproporción cefalo -pélvica tiene asociación con la adolescencia temprana, terminando todos estos casos en cesárea.

Las edad gestacional es otra característica estudiada siendo influenciada por múltiples factores tanto externos como internos; Vargas Ramos<sup>18</sup> encontró un mayor porcentaje de pacientes con una edad gestacional al parto entre 37 a 40 semanas, resaltando que la edad gestacional de menos de 37 semanas ( prematuridad ) no tuvo una relación estadística significativa ( $p \geq 0.05$ ) para morbilidad materna perinatal. En nuestro estudio la edad de gestacional de menos de 37 semanas tampoco se encontró alguna relación estadística significativa para cesárea.

Muchos estudios encuentran una frecuencia elevado de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, siendo el principal riesgo del recién nacido de la madre adolescente, y muchos de estos estudios lo relacionan a la prematuridad con que nacen<sup>18</sup>; en nuestro estudio encontramos que el peso de los recién nacidos, estuvo representado en 86.5% por el grupo de 2500 a 3999 grs., con bajo peso  $< 2500$  grs. representó el

4.6% y para el grupo de  $\geq 4000\text{gr}$  el 8.9 %. Comparando entre ambos grupos, en la condición de bajo peso, observamos que predomina el RN de parto por cesárea con 7.4% a 3.2% en parto vaginal.

Muchas gestantes cursan con enfermedades no obstétricas durante el transcurso del embarazo, encontrado en nuestros resultados la anemia, siendo ésta una de las patologías más frecuentes y la causa común es la deficiencia de hierro<sup>16,60</sup>, como lo mencionan González C. y col<sup>9</sup> que encontró la anemia en sus diferentes estadios clínicos con un 43.18% de los casos estudiados, además también lo menciona Vargas ramos<sup>19</sup>, al encontrar un 39.8 % de embarazadas de 18 a 19 años con anemia frente al 36.9 % de las menores de 15 años ; comparado con nuestros datos analizados la anemia se halló más frecuente con un 49.11% tanto para las cesareadas (53.7%) como para parto vaginal (46.8%); encontrando además que en la adolescencia tardía se presentó en el 47.8 % de este grupo (131 casos) frente a la adolescencia temprana en el 100 % de este grupo (7 casos) .

El embarazo favorece la aparición de condilomas, siendo una de las enfermedades de transmisión sexual teniendo predilección por la piel y mucosas encontrándose en mayor frecuencia en la región anogenital , oscilando entre el 1.3 y el 30% de las gestaciones. Siendo importante detectar si existiesen lesiones en el canal del parto en esta población por lo que se indicará la cesárea para evitar la infección del recién

nacido; nuestros resultados reafirman lo descrito, encontrando esta patología en 1.8% de las gestantes, correspondiendo al 4.2% en el grupo que terminaron en cesárea frente a un 0.5% en parto vaginal, presentando una asociación estadística con el tipo de parto ( $p \leq 0.05$ ).<sup>59</sup>

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

- En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo 2009 - 2010 , fueron atendidas 1092 gestantes adolescentes, de las cuales el 33.8 % (369 casos) terminaron en cesárea y 66.2% ( 723 casos ) en parto vaginal.

### **SEGUNDA**

- Se analizaron 281 historias clínicas según el muestreo realizado, de las cuales 95 gestantes finalizaron en cesárea y 186 en parto vaginal. El promedio de edad fue de 17.6 años (DE: 1.25). Encontrando en mayor frecuencia dentro de las características generales la adolescencia tardía, la convivencia , el nivel de instrucción secundaria, el tener procedencia urbana y una talla > 1.45 mts con similar comportamiento por tipo de parto.

### **TERCERA**

- Las características gineco- obstétricas más frecuentes fueron ser primigesta, no tener abortos, una edad gestacional de 37 a 40 semanas , tener anemia con similar comportamiento por tipo de parto; además tener control prenatal, no tener cesárea anterior, con un predominio de las que terminaron en parto vaginal y la desproporción cefalo - pélvico

#### **CUARTO**

- Las características gineco –obstétricas estudiadas como la complicaciones durante el embarazo tuvieron mayor frecuencia en la anemia , la desproporción céfalo pélvica y otras complicaciones con predominio en la adolescencia temprana. Además la desproporción cefalo - pélvica fue significativamente más frecuente en la adolescencia temprana que en la tardía

#### **QUINTO**

- Los factores asociados a cesárea fueron ser secundigesta, no tener control prenatal, cesareada anterior, período intergenésico  $\geq$  2 años, alguna complicación durante el embarazo, y el presentar condiloma acuminado.

## **RECOMENDACIONES**

- Prevenir los factores de asociados a cesárea encontrados, a través de los cuidados de las estrategias del ministerio de salud y mediante campañas educativas
- La estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva debe implementar actividades de impacto en la captación temprana y oportuna de gestantes adolescentes para prevenir complicaciones.
- Es importante identificar los riesgos potenciales de embarazo en esta población.
- Realizar estudios más profundos, dirigidos al embarazo adolescente
- Ejecutar programas de intervención educativa con las adolescentes que propicien la responsabilidad compartida de la actividad sexual, la anticoncepción y el embarazo, así como también con los adolescentes varones.

### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina, L. Embarazo en Adolescentes. [Internet] .2006;[consultado en diciembre 2010]. Disponible en :  
<http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/eea.pdf>
2. Parra Visoso A. Sexualidad en la adolescencia. México : Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud; 2004.Págs. 59-65.
3. Rodríguez J. La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: CEPAL; 2005.
4. Jonathan D. K, and the Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. PEDIATRICS 2005; 116 (1) : Págs. 281 – 283.
5. Lezcano S, y col. Estudio comparativo del bajo peso al nacer, depresión al primer minuto y terminación cesárea entre madres adolescentes y la población general. Rev Posgrado Via Cátedra Med Corrientes 2005;150:1-3.
6. Comité Subregional Andino Para La Prevención Del Embarazo En Adolescentes. El Embarazo En Adolescentes En La Subregion Andina. [Internet]. Marzo 2008;

[consultado en diciembre 2010]. En línea :

<http://www.llegolaruta.com/PA/portal/sites/default/files/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes%202008.pdf>

7. CDC [Internet]. U.S.A. Teen Birth Rate Hit Record Low in 2009. [consultado en enero 2011]. En línea :  
<http://www.businessweek.com/lifestyle/content/healthday/647777.html>
8. Jolly M et al. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol*; 2005;96:962-6
9. González C. José A, et al. Indicacones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes, Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” en el año 2007[Tesis]. Barcelona: Universidad Oriente; 2009.
10. Castro M, et al. Partos Vaginales Y Cesárea en Adolescentes: Comportamiento entre 1993 Y 2005 en el Hospital De Maternidad Rafael Calvo. *Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecologia*; 2007 : 58( 2). Págs 108 -115.
11. Avanza MJ; Sosa TR, Giusti SA. Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente en un centro hospitalario. *Revista Médica del Nordeste*; 2005; 5.

12. Salinas Avalos RA, Zunino Pradier F, Locatel V, Abreo GI . Vias de Terminación De Embarazo Adolescente Versus Adulto. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2009; 191: Pags. 12 – 16.
13. Ramón Montenegro, R. Factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Julio del 2000 a Junio del 2002 [Tesis]. Nicaragua : Universidad Nacional Autonoma De Nicaragua; 2005.
14. Salazar Arango, Andrés ; Acosta Murcia , M; et al. Consecuencias del embarazo Adolescente en el Estado Civil de la Madre Joven : Estudio Piloto en Bogotá , Colombia. 2008. Colombia: Universidad de la Sabana; 2(12):169-182
15. Tapia Garza , A ; Valenzuela García , Leticia . Madre adolescente como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en unidades de cuidados intensivos neonatales. Experiencia en un Hospital Universitario. Medicina Universitario 2006; 8(30): 5-10
16. Sandoval Paredes, J; Mondragón Huertas,F; Ortiz García, M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34
17. Guzmán,V; García, P; Liu , Humberto . Talla Materna Baja Como Factor De Riesgo De Cesárea. Ginecol Obstet 2001-,47.- 117-120

18. Vargas Ramos , A. Morbilidad y Mortalidad Materno Perinatal Asociado al Embarazo en Adolescentes en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna, enero 2000-diciembre 2009 [Tesis]. Tacna : Universidad Nacional Jorge Basadre Gorhmann; 2010.
19. Centro de Estudios Sobre la Juventud, Cuba. Embarazo en la Adolescencia y Políticas Publicas . evaluación de un programa cubano. Veredas do Direito, Belo Horizonte 2009; 6( 11): Págs . 165-179.
20. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Riesgos para la salud de los jóvenes. 2010 [consultado en enero 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
21. Organización Mundial de La Salud. Embarazo en adolescentes : un problema culturalmente complejo [Internet]. 2009; [consultado en enero 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/prevention\\_care/adolescent/es/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/index.html).
22. Allca Moreno G. Adolescente Embarazada: Condiciones Personales Y Expectativas Futuras de Desarrollo Personal en el Hospital María Auxiliadora 2007. Rev Per Obst Enf 2009; 5(2): pags 110 – 120.

23. Periodismo en línea. Alarmante: Más del 13% de adolescentes peruanas están embarazadas o son madres [Internet].2010; [consultado en diciembre 2010]. Disponible en: <http://www.periodismoenlinea.org/especiales/13/7846-alarman-te-mas-del-13-de-adolescentes-peruanas-estan-embarazadas-o-son-madres> .
24. Ramón Cutié S, Alfredo Laffita B, Marvelis Toledo B. Primera Relación Sexual En Adolescentes Cubanos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(2): Págs 83-86.
25. Ulloa P, Tapia M. Embarazo Adolescente Desde Una Perspectiva Bio-Psicosocial. En :Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno, marzo - mayo del 2007.Chile;2008. Págs 1-12.
26. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Sexual Risk Behaviors [Internet]. Noviembre 2010 ; [Consultado en enero 2011]. Disponible en : <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/sexualbehaviors/> .
27. American Congress of Obstetricians and Gynecologists.Especialidad para adolescentes : control de natalidad [Internet].2011 ; [consultado en enero 2011] . Disponible en : [http://www.acog.org/publications/patient\\_education/bp112.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/bp112.cfm)
28. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. 2008; 5(1): págs 42 – 51.
29. Revista Pediatría . Embarazo en Adolescente[Internet]. Abril 2008; [consultado en noviembre 2010].Disponible en : [www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html)

30. Organización Mundial de la Salud. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel [Internet]. 2010: [consultado en noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/>.
31. Taraneh S, Gale R. The Adolescent Sexual Health Visit. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2009; 36: Págs 99–117.
32. Peláez Mendoza, Jorge. Aborto en la adolescencia. Consideraciones bioéticas en torno a la decisión de abortar. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 2008, 34(3)
33. Organización Mundial De La Salud. Mortalidad materna [Nota de Prensa ]. Noviembre de 2010 [ Consultado en enero 2011]. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
34. Tamayo Gutiérrez JG, Sereno Coló JA, Huape Arreola MS. Comparación entre cesárea Misgav-Ladach y cesárea tradicional. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(2):75-80.
35. BMJ. Research .Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study. *BMJ* 2010; 341: Pags 1 -8.
36. Millán Vegal M, Mendoza Arroyo A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.2010; 36(3) 360-367.

37. Enfoque de Riesgo. Manual de auto instrucción. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano . OPS / OMS. Publicación Científica CLAP N° 1321.02
38. Jimenez Hemandez Y. Portales Medicos.com. La Operacion Cesarea. Antecedentes y actualidad en su practica [Internet]. 2010 [ Consultado en enero 2011]. Disponible en : <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2317/5/La-Operacion-Cesarea.-Antecedentes-y-actualidad-en-su-practica>
39. Saez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31.
40. Ulanowicz M. ,Parra K. ,Wendler G., et al. Riesgos del embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VIª Catedra de medicina 2006; 153: 13-17.
41. Molina M. , Ferrada C. , Pérez R. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. Med. Chile 2004;132: 65- 70
42. Uranga A, Urman J, et al. Guia Para Atencion de Parto Normal Ministerio De Salud. Argentina: Direccion Nacional De Salud Materno Infantil; 2004. Págs 15-21.

43. Beltrán Molina L. Escuela de Gerencia Social. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Embarazo en adolescentes. Caracas . 2006. Págs 1-6.
44. Falabella F. Obstetricia de Alto Riesgo. Cesárea. 2nd Edición, Editorial Distribuna; 2006. Págs 555 – 576.
45. Sacks D. Canadian Paediatric Society (CPS). Age limits and adolescents. Paediatrics & Child Health 2010;8(9):577
46. Ilustrados. La adolescencia y sus etapas. [Monografías]. 26 de Noviembre de 2005; [Consultado en septiembre 2010]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEpEulyVpAwUrDZMYW.php>
47. Anaya Prado R, Madrigal Flores S, Reveles Vázquez JA, Ramírez Barba H, Frías Terrones G, Godínez Rubí JM. Medigraphic. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. Cir Ciruj 2008;76: Pags 467-472.
48. Guzmán V, García P, Liu H. Talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. Ginecol Obstet 2001;47: pags. 117-120
49. Lawrence L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician. 2008;78(1):93-100.
50. Barton J. Hypertension in pregnancy. Ann Emerg Med. 2008;51:S16-S17.

51. Francisco falabella. Obstetricia de Alto Riesgo : Alteraciones Hematológicas en el embarazo. 2da Edición. Editorial Distribuna; 2006. Págs. 555 – 576.
52. Winikoff B. Pregnancy failure and misoprostol- time for a change. N Engl J Med 2005; 353:834-836.
53. Gómez Gutiérrez S, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 81-90.
54. Cunningham GF, Leveno SL, Hauth JC, Gilstrap L C, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. Distoica.. 22nd Edicion, Editorial Mc Graw Hill; 2008. Pags. 495 - 521.
55. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Cesárea Segura. México 2004. Pags 15 – 18.
56. Angélica Barrios G A , Montes Montaña. N H. Control prenatal . Rev Paceaña Med Fam 2007; 4(6): 128-131
57. Castro Hemández. Evaluacion de la utilización adecuada del control prenatal en Bogota con base en la encuesta nacional de salud 2007. [Tesis]. Colombia : Universidad Nacional de Colombia- Instituto de Salud Pública ;2009.

58. Lorena Alvarez G, Cruz Echeverría J, Garau A, Dra. Lens VA. Infección Urinaria Y Embarazo. Diagnostico Y Terapeutica. Revista de Posgrado del 22 a VIa Cátedra de Medicina - N° 155 – Marzo 2006.
59. Vílchez Madriz EA. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello Julio 2004 – Diciembre 2006 [Tesis]. Nicaragua : Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ;2007.
60. Ricardo Schwartz y col. Obstetricia. Examen de la mujer gravida. 6ta Edición, Editorial Ateneo; 2005. Págs 78 – 80.

## ANEXOS

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

### 1. SECCION 1 : CARACTERISTICAS GENERALES:

❖ Tipos de Parto:      Cesárea ( )      Vaginal( )

#### a) **SOCIO DEMOGRAFICOS :**

• Edad:

• CLASIFICACION: Adolescencia inicial o temprana(10 – 14 años) ( )

Adolescencia tardía (15 – 19 años) ( )

• Estado civil :

Soltera ( )    Conviviente ( )    Casada ( )    Viuda ( )    Divorciada ( )

• Grado de Instrucción :

Primaria ( )      Secundaria ( )      Superior No Universitaria ( )

Superior Universitaria ( )    Analfabeta ( )

• Procedencia :      Rural ( )      Urbano( )

• **ANTROPOMETRICOS:**

• Talla :

• clasificación:      Mayor 1.45 ( )      Menor e igual 1.45 ( )

#### a) SECCION 2: CARACTERISTICAS GINECO - OBSTETRICAS:

• **COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO**

○ Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:      SI( ) NO ( )

Si , marcar :

Placenta previa ( ) Rotura uterina ( ) Desprendimiento prematura de placenta ( )  
Vasa previa ( )

- Hipertensión gestacional : SI ( ) NO ( )

Si , marcar :

Hipertensión gestacional ( ) Hipertensión crónica ( ) Preclampsia ( )  
Eclampsia ( ) Síndrome de HELLP ( )

- Sufrimiento fetal agudo SI ( ) NO ( )  
○ Sufrimiento fetal crónica SI ( ) NO ( )  
○ Ruptura Prematura de Membrana SI ( ) NO ( )  
○ Desproporción céfalopelvica SI ( ) NO ( )

- *Distocia (Especificar.* Si ( ) No ( )  
Anomalías del canal pelvigenital SI ( ) NO ( )

Si marcar: pelvis estrecha ( ) pelvis límite ( ) Otros ( )

- Anomalías de potencia SI ( ) NO ( )  
Si marcar: Expulsivo prolongado ( ) dilatación estacionaria ( ) Otros ( )

- Anomalías de feto y anexos : SI ( ) NO ( )

Si marcar :

Anomalía de presentación : ( ) especificar

Anomalía de situación: ( ) especificar

Macrosomía fetal ( ) Oligohidramnios ( ) Polihidramnios ( ) otros ( ) Especificar

● **DEL PARTO:**

- Número de embarazos:

Clasificación: PRIMIGESTA ( ) SEGUNDIGESTA ( ) TERCIGESTA ( )

Antecedentes Obstetricos

- Número de partos: Partos Anteriores :Si ( ) No ( )

Periodo intergenésico: ( si ha habido partos anteriores  
2- 4 años ( )

Menor 2 años ( )

- cesáreas anteriores : (Si hubiera , especificar la cantidad)

NO ( ) SI ( )

- Abortos : (Si hubiera , especificar la cantidad)

SI ( ) NO ( )

- control prenatal: SI ( ) NO ( )

- Edad gestacional:

Clasificación de edad gestacional :

Menos de 37 semanas ( )

37 semanas a 40 semanas ( )

Mas de 40 semanas ( )

- **DEL RECIEN NACIDO**

- Peso Recién nacido :

Clasificación

Menor 2500 gr ( )

2500 gr .- 3999 gr ( )

Mayor 4000 gr ( )

- **ENFERMEDADES NO OBSTETRICAS ASOCIADAS**

- Infección urinaria: Si ( ) No ( )

- Condiloma acuminado Si ( ) No ( )

- VIH: Si ( ) No ( )

- Anemia : si ( ) No ( )

- Otros