



RESUMEN

“VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MEDIANTE EL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) DE LOS PARTOS EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR, 2007”

Objetivo: Describir las características de la atención a las mujeres adolescentes atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso (H.V.C.M.) de la ciudad de Cuenca, Julio – Diciembre 2007.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, que incluyó a mujeres adolescentes atendidas por parto en el H.V.C.M. durante el periodo Julio – Diciembre 2007; sobre la información registrada en el SIP. Se analizaron en la madre: características generales, antecedentes, gestación, parto, cesárea, y patologías. En el recién nacido: características generales, datos antropométricos, patologías y condiciones de egreso.

Resultados: El 25% de mujeres atendidas por parto, es adolescente. El 50% están en secundaria, 42.4% permanecen en unión estable; 80% no planificó su embarazo; 60% son primigestas, 80% de los partos fueron por vía vaginal, la proporción de cesáreas fue mayor en las adolescentes. El 15% tuvo parto prematuro, 80% cumplieron con las normas de la OMS. La principal patología materna fue: infección del tracto urinario (10.7%). La antropometría neonatal en más del 90% estuvo normal y adecuada para la edad gestacional. La mortalidad fue menor del 1%. El 80% de los niños fueron dados de alta alimentándose de seno materno y el 80% de madres recibió anticoncepción al egreso.

Conclusiones: Una de cada cuatro mujeres son adolescentes, la mitad cursan la secundaria, y



permanecen en unión estable, la mayoría son primigestas y no planificaron su embarazo. Generalmente los partos fueron por vía vaginal. La antropometría de los recién nacidos en general estuvo normal y adecuada para la edad gestacional.

PALABRAS CLAVES: Embarazo adolescente, Sistema Informático Perinatal.

ÍNDICE

1. INTRODUCCION	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. FUNDAMENTO TEÓRICO	23
4.1 Adolescencia	23
4.1.1 Perfil de los adolescentes a nivel mundial:	24
4.1.2 Perfil de los adolescentes a nivel nacional:	26
4.2 Embarazo adolescente.....	27
4.2.1 Consideraciones especiales.	28
4.2.2 Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes.	31
4.2.3 Factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes.....	32
4.2.4 Factores predisponentes	32
4.2.5 Factores determinantes	35
4.3 Morbimortalidad	35
4.3.1 Primer Trimestre	42
4.3.2 Segundo y Tercer Trimestre	43
4.4 Recién nacido de madre adolescente	47
4.5 Atención Prenatal	49
4.5.1 Características de los controles prenatales.....	50



4.5.2 Cuidado psicosocial	51
4.5.3 Formas de cuidado beneficiosas durante el embarazo y el parto	52
4.6 Complicaciones del Embarazo.....	57
4.6.1 Trastornos Hipertensivos del Embarazo.....	57
4.6.2 Hemorragias Obstétricas	61
4.7 Parto.	62
4.7.1 Recomendaciones:	62
4.7.2 Complicaciones en el Parto:	63
5. OBJETIVOS.....	66
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	66
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	66
6. METODOLOGÍA	68
6.1 Tipo de estudio y diseño en general	68
6.2 Área de estudio.....	68
6.3 Población de estudio	68
6.4 Unidad de análisis y observación.....	68
6.5 Criterios de inclusión y exclusión	69
6.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de datos.	69
7. RESULTADOS.....	71
7.1. Datos generales	71
7.1.1 Edad.....	71
7.1.2 Raza.....	72
7.1.3 Estudios	73
7.1.4 Estado civil.....	74
7.2. Antecedentes familiares, personales y obstétricos.	75
7.2.1 Antecedentes familiares, personales.....	75
7.2.2 Antecedentes Personales.....	78
7.2.3 Antecedentes obstétricos	80



7.3. Características del embarazo actual	88
7.3.1 Distribución por talla	88
7.3.2 Edad Gestacional confiable	89
7.3.3 Consumo de Cigarrillos	90
7.3.4 Consumo de alcohol y drogas	91
7.3.5 Primera dosis de vacuna antitetánica	92
7.3.6 Segunda dosis de vacuna antitetánica	93
7.3.7 Examen normal (odontológico, mamas, cérvix)..	94
7.3.8 Detección de bacteriuria	95
7.3.9 Factor Rh	96
7.3.10 Realización de papanicolao	97
7.3.11 Examen de VIH.....	98
7.3.12 Examen de VDRL/RPR < 20 semanas.....	99
7.3.13 VDRL/RPR > 20 semanas	100
7.3.14 Hemoglobina < 20 semanas	101
7.3.15 Ingesta de Fe y Folatos	102
7.4. Características del parto.....	103
7.4.1 Número de consultas prenatales	103
7.4.2 Carné perinatal	104
7.4.3 Antecedente de hospitalización durante el embarazo	105
7.4.4 Tipo de inicio del trabajo de parto.....	106
7.4.5 Ruptura prematura de membranas.....	107
7.4.6 Edad gestacional al parto	108
7.4.7 Presentación del feto	109
7.4.8 Patologías maternas.....	110
7.4.9 Condición de vida al nacimiento del recién nacido	114
7.4.10 Embarazo múltiple	115
7.4.11 Tipo de terminación del parto	116
7.4.12 Episiotomía	117
7.4.13 Desgarros	118
7.4.14 Administración de oxitócicos pre alumbramiento	119
7.4.15 Ligadura cordón.....	120
7.5. Características del recién nacido	121
7.5.1 Sexo del recién nacido	121



7.5.2	Peso del recién nacido	122
7.5.3	Talla del recién nacido	123
7.5.4	Perímetro cefálico del recién nacido.....	124
7.5.5	Relación entre peso y edad gestacional del recién nacido	125
7.5.6	Puntaje de APGAR al minuto de nacimiento	126
7.5.7	Puntaje de APGAR a los 5 minutos de nacimiento	127
7.5.8	Reanimación del recién nacido.....	128
7.5.9	Fallecimiento en sala de parto del recién nacido	129
7.5.10	Alojamiento conjunto	130
7.5.11	Defectos congénitos de los recién nacidos	131
7.6.	Características de egreso del recién nacido	132
7.6.1	Condición de egreso de los recién nacidos	132
7.6.2	Alimento del recién nacido al egreso	133
7.7.	Características de egreso de la madre.....	134
7.7.1	Anticoncepción al egreso.....	134
8.	DISCUSIÓN	135
9.	CONCLUSIONES	143
10.	RECOMENDACIONES.....	145
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146
12.	ANEXOS	151
12.1	Operacionalidad de las Variables	151
12.2	Formulario del SIP	176



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MEDIANTE EL SISTEMA
INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) DE LOS PARTOS EN
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, ECUADOR,
2007”

Tesis previa a la obtención
del título de médicas

AUTORAS: Sra. Alexandra Calle G.
Srta. Fernanda Carrasco V.

DIRECTOR: Dr. Jaime Ñauta B.
ASESOR: Dr. José Ortiz S.

CUENCA – ECUADOR
2008



RESPONSABILIDAD

Las autoras de esta tesis somos responsables de los datos aquí expuestos.

Sra. Alexandra Calle G.

Srta. Fernanda Carrasco V.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Cuenca y Facultad de Ciencias Médicas por la oportunidad que nos brindó al abrir sus puertas para permitirnos una realización profesional.

Al Dr. José Ortiz, quién acertadamente asesoró nuestra tesis, por su dedicación y tiempo invertidos en la misma.

Al Dr. Jaime Ñauta quien con sus conocimientos y paciencia ha dirigido exitosamente este trabajo de investigación.

Al Dr. Carlos Flores por su colaboración desinteresada y su buena voluntad.



DEDICATORIA

A Dios que esta presente en cada momento de mi
existencia.

A mis padres, Lauro y Nube, quienes me han guiado con
amor y paciencia en esta vida, los mejores maestros que
pude tener.

A mis hermanos Alberto y Josué por compartir conmigo
esta aventura, por su alegría y comprensión.

Al amor de mi vida, David, por su apoyo, constancia y
dedicación en los momentos difíciles.

Sin ellos no seria lo que hoy soy

Alexandra



DEDICATORIA

Sin su ejemplo, dedicación y su inmenso amor, mi vida no habría sido forjada por los senderos de la rectitud y la constancia, gracias Baldomero, mi padre querido.

La alegría, el optimismo y su calor de madre, siempre abrigaron mi alma en los buenos y los malos momentos, gracias Carmen, mi madre.

Ustedes son las estrellas que iluminan mi vida y son las flores que embellecen mi alma, mis hermanos amados, Diana y Paúl Alexander y mi preciosa sobrina, Ariana.

La persona que siempre fue una luz en mi camino y la mano que estuvo para sostenerme siempre, mi querido tío, Mauro, gracias.

A las personas con quien aprendí en el día a día en mi camino universitario y de la vida, a mis amigas; gracias Alex, Nataly, Janeth.

María Fernanda.



CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Las adolescentes menores de 16 años, con motivo de sus cambios fisiológicos, son frágiles y pueden manifestar crisis emocionales en la cual se busque una identidad, lo que favorece ciertos comportamientos especiales que fácilmente son rechazados tanto social como familiarmente. Existen factores de riesgo gestacional (Shwarz 2000) como son: relaciones sexuales tempranas, promiscuidad, hacinamiento, ignorancia, abandono, pérdida de la autoridad paterna, baja condición socioeconómica y abuso de alcohol y drogas. Diversos estudios han demostrado que las adolescentes tienen una tendencia al inicio sexual precoz a pesar de no estar preparadas ni física ni psicológicamente para la maternidad (Ahued 2001; Jago 2001), lo que lleva a un alto número de embarazos en



adolescentes y por causas relacionadas a la gestación, mueren más que por ninguna otra causa.

En un trabajo de investigación de vigilancia epidemiológica mediante el SIP, realizado en la ciudad de Cuenca, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2006, se determinó que la edad materna promedio fue de 23.9 años, que es un rango de edad joven; y el 24% de mujeres atendidas por parto fueron adolescentes.

Durante el desarrollo de este trabajo no se ha logrado encontrar trabajos de investigación dedicados con exclusividad a los adolescentes, por tal motivo hemos creído muy necesario realizar un trabajo de investigación aplicando una metodología descriptiva transversal, lo que nos permitirá no solo obtener datos sobre la situación de la mujer adolescente, sino ubicarla con un referente de la población no adolescente.

Los principales resultados obtenidos fueron que 1 de cada 4 mujeres que fueron atendidas por parto, es adolescente.

El 50% cursan con educación secundaria, 42.4%



permanecen en unión estable, el 3.1 % tuvo un aborto; 80% no planificó su embarazo; 60% son primigestas, 80% pare por vía vaginal, y la proporción de cesáreas fue mayor. El 15% tuvo parto prematuro, 80% cumplieron con las normas de la OMS en el cuidado del embarazo. Las principales patologías maternas fueron: infecciones del tracto urinario (10.7%), ruptura prematura de membranas (6 %), síndrome hipertensivo del embarazo (1.6%). El sexo de los recién nacidos fue igual para ambos. La antropometría en más del 90% estuvo dentro de los parámetros normales y adecuada para la edad gestacional. El APGAR fue óptimo. La mortalidad neonatal fue menor del 1%. Cuatro de cada cinco niños fueron dados de alta alimentándose de seno materno y el 80% de madres recibió anticoncepción referida al egreso.

En Conclusión de nuestro trabajo de investigación anotamos que una de cada cuatro mujeres son adolescentes, la mitad cursan la secundaria, y permanecen en unión estable, la mayoría son primigestas y



no planificaron su embarazo. La mayoría de partos fue por vía vaginal. La antropometría de los Recién nacidos en general estuvo normal y adecuada para la edad gestacional.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo; se señala que entre el 20 y el 46 % de las mujeres en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años ya del 30 al 67 % han tenido su primer parto (Cabezas 2002).

A nivel mundial alrededor de 3.000 millones de personas tienen menos de 25 años y niñas de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de niños cada año.

En América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.

En el Ecuador, las mujeres de 15 a 24 años de edad, constituyen más de la tercera parte (38 por ciento) de la población clasificada como de edad fértil (mujeres de 15 a



49 años de edad), de ellas la tercera parte están casadas o unidas (32.2%), y la proporción casada / unida es mayor en las de 20 a 24 años (51.4%) que en las de 15 a 19 años (16.2%). El 46.7 por ciento de las mujeres ya ha tenido experiencia sexual y el 16.4% de mujeres de 15 a 19 años ya tiene su primer hijo vivo. (Endemain 2004)

En la provincia del Azuay en el año 2006 existieron 276,24/1000 por 1.000 mujeres embarazadas (MSP Ecuador)

En el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2005 se atendieron un total de 4658 partos, en el año 2006 un total de 4642 partos, de los cuales los partos en adolescentes constituyen un 25.05% y 25.24% respectivamente. (HVCM, 2008)

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, las mismas complicaciones que tienen una resolución quirúrgica muy frecuente. En la primera mitad de la gestación, se destacan el aborto, anemia, infecciones urinarias, y bacteriuria asintomática; en



la segunda mitad cuadros hipertensivos, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro y rotura prematura de las membranas ovulares. (Simón 2001). Las Adolescentes tienen doble probabilidad de morir en el parto que las mujeres de 20 años; y en aquellas por debajo de 15 años de edad aumenta en 5 veces el riesgo.

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) (Pelaez 2000; Jago 2001). Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.

La Atención Calificada del Parto ha sido reconocida como una estrategia clave en la disminución de la mortalidad materna y neonatal, los registros disponibles muestran que



durante el parto y las 24 horas que le siguen ocurren alrededor del 80% de las muertes maternas, por ello el acceso a la atención calificada proveída por el personal de salud durante el embarazo, parto y puerperio es crítico para garantizar la salud de la madre y del recién nacido (Ahued 2001).

En una gestión por mejorar la Calidad de Atención en Perinatología en América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en coordinación con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), han implementado en los servicios de maternidad de la Región un programa de Centros Colaboradores, que mediante el SIP genera información clínica de la atención perinatal y sugiere acciones que han sido aceptadas como normas básicas de atención, sobre la base de las mejores evidencias.



En nuestro medio la falta de educación sobre sexualidad condiciona un embarazo no deseado, lo que predispone a una atención prenatal tardía que expone a riesgos a la adolescente; por lo tanto, se requiere educación, mediante la creación de un grupo especializado en el HVCM, en la atención de este conjunto de madres, que brinde información veraz y oportuna, permitiendo a la mujer asumir su sexualidad con responsabilidad, autonomía y libre de riesgos; además permita a la madre continuar con sus estudios, permanecer en su trabajo, mantener una buena salud del binomio madre – hijo, tener una vida familiar estable.



3. JUSTIFICACIÓN

Con el desarrollo del Sistema Informático Perinatal el CLAP (centro latinoamericano de perinatología), se responde a una necesidad de unificación en la recolección de datos de atención perinatal en América Latina y en el análisis de la información como base para la planificación. Las tecnologías aquí propuestas fueron pensadas en el sentido de constituir un apoyo para los profesionales que tienen a su cargo la atención perinatal. Las metas que persiguen los organismos de salud nacionales son: el óptimo estado de salud de la mujer adolescente embarazada para el normal desarrollo del niño, la buena atención brindada por el personal de salud durante el nacimiento normal sin complicaciones y el equilibrio de la salud de la adolescente durante el mismo, sean de excelente calidad. Debido a la falta de evidencia sobre información que date las falencias y porcentajes sobre esta realidad, y que impulse a la



realización de proyectos para mejorar esto; con la aplicación del SIP se pretende:

- Fortalecer la capacidad de autoevaluación asistencial mediante el análisis de datos en la propia institución de asistencia.
- Hacer conocer al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.
- Proporcionar a las instituciones una herramienta de investigación y auditoría ágil y de fácil manejo.
- Incrementar los lazos de cooperación entre el CLAP y las instituciones de salud de América Latina y el Caribe. (SIP 2003)

El HVCM es un Centro Asociado del CLAP y en su servicio cuenta con la tecnología del SIP, sin embargo en la búsqueda de datos estadísticos hemos constatado que no existen publicaciones de trabajos que refieran el análisis de datos registrados, que vayan encaminados a una mejora en



la calidad de la atención. Así mismo en la revisión bibliográfica realizada no se han encontrado estudios publicados que demuestren estadísticamente el análisis de datos generados por el SIP a nivel regional, ni de país.

La información recolectada de historias clínicas basadas en evidencias de este estudio aporta datos para mejorar la gestión, atención y la toma de decisiones sobre este tema.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación (procurando que sea menor al 5 % la falta de datos) serán difundidos por los medios disponibles en la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y se enviará una copia al Hospital Vicente Corral Moscoso.

Las beneficiarias serán las mujeres embarazadas adolescentes ya que este trabajo podrá convertirse en el medio para impulsar la iniciativa del desarrollo de un centro propicio que brinde una mejor atención a la mujer embarazada adolescente.



CAPITULO IV

4. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1 Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años, categorizada de la siguiente manera: infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. (OMS 2002; García 2003).

La adolescencia fue considerada por un largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez sin que se le dedicara mayor preocupación. En la actualidad, el criterio predominante es que la adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa, que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural.



En esta etapa se abre a los jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Uno de estos conflictos está en la esfera sexual, con el riesgo para las muchachas, tanto por la inmadurez como por la poca información recibida, de la aparición de un embarazo (Fernández 2004)

4.1.1 Perfil de los adolescentes a nivel mundial: (Tavara 2004)

- Alrededor de 3.000 millones de personas tienen menos de 25 años.
- El 85% de los adolescentes viven en los países en desarrollo.
- Casi un 45% de todos los jóvenes, 515 millones, sobreviven con menos de dos dólares diarios.

(UNFPA, 2005)



- De los 137 millones de jóvenes analfabetos en todo el mundo, un 63% son de sexo femenino.
- Al ingresar en la pubertad, el prejuicio contra las niñas las coloca en situación de mayor riesgo que los varones de abandonar la escuela, ser objeto de violencia sexual y contraer matrimonio precozmente.
- En América Latina la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes
- Más de la mitad de adolescentes ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por HIV (más de 7000 por día) ocurre en jóvenes.
- El 10 % de los partos acontece en adolescentes.



- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.

4.1.2 Perfil de los adolescentes a nivel nacional: (Endemain 2004)

- Las mujeres de 15 a 24 años de edad, constituyen más de la tercera parte (38%) de la población en edad fértil (mujeres de 15 a 49 años de edad).
- El 42.8% de ellas viven en zonas urbanas.
- El 22.1% se encasilla dentro del quintil económico 2, es decir cercano a la pobreza extrema.
- El 56.4% tiene un nivel de escolaridad medio (secundaria incompleta).
- Un total de 27% de mujeres menores de 19 años ha tenido su primera experiencia sexual.



- Un 20.2% ha tenido un embarazo.
- El 39% no usan métodos anticonceptivos.
- El 5.8% ha tenido un aborto.
- El 87.7% han tenido hijos vivos y el 0.7% hijos muertos.
- 16.2% están casadas o unidas.
- En la provincia del Azuay en el año 2006 existieron 276,24/1000 por 1.000 mujeres embarazadas.
- En el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2005 se atendieron un total de 4658 partos, en el año 2006 un total de 4642 partos, de los cuales los partos en adolescentes constituyen un 25.05% y 25.24% respectivamente. (HVCM 2008)

4.2 Embarazo adolescente

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (Romero 2005).



El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biosicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar.

4.2.1 Consideraciones especiales.

Las adolescentes tienen formas diferentes de enfrentar un embarazo y este comportamiento se lo puede dividir en tres etapas: (Issler 2001; Romero 2005).

1. Adolescencia temprana (10 a 14 años).- ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.
2. Adolescencia media (15 a 16 años).- dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia



de los padres. Su actitud es ambivalente de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar, el varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).- adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes. De tal forma en estas edades hay una inmadurez biológica, psíquica y emocional no apropiada para mantener una relación de pareja estable, a esto se une que estas madres tienen un bajo nivel escolar y en muchos casos han abandonado la escuela, aunque existen comunidades donde su cultura promueve y apoya el matrimonio en edades tempranas,



estas condiciones constituyen factores de riesgo asociados a la gestación precoz.

En el Ecuador el 16.2% de las adolescentes se encasillan como casadas/unidas. El nivel de instrucción se encasilla de la siguiente manera: Ninguna 0.8%, Primaria Incompleta 6.9% Primaria Completa 18.2%, Secundaria Incompleta 56.4%, Secundaria Completa 13.1%.

En un estudio realizado por Fernández L, en el Hospital Julio Trigo López, Cuba, se encontró un predominio de estado civil unión libre (75%), el porcentaje de casadas es mayor en mujeres de 18 años o más (17.5%) y el de solteras es superior en las de menos de 18 años (21.7%).

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo.

En EE.UU, la primera visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor.



En Salamanca España, el 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45,64% lo son fuera de él, y un 11,7% no son controladas. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo.

4.2.2 Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes.

Se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.



2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

4.2.3 Factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes

Conocerlos permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

4.2.4 Factores predisponentes

- **Menarca temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- **Inicio precoz de relaciones sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo



padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

- **Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola bajo nivel educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- **Migraciones recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.



- **Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- **Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- **Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.
- **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que



se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

- ***Menor temor a enfermedades venéreas.***

4.2.5 Factores determinantes

- Relaciones sin anticoncepción
- Abuso sexual
- Violación

4.3 Morbimortalidad

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación en la adolescente, en la literatura se describen:

- Infecciones urinarias
- Anemia
- Rotura prematura de membranas
- Abortos
- Malnutrición materna
- Cesárea
- Desgarro del canal del parto
- Bacteriuria asintomática
- Preeclampsia – Eclampsia



- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro.
- Desproporción cefalopélvica
- La Infección de Vías Urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades como el propio desarrollo puberal (López 2004).
- La Anemia microcítica hipocrómica (Fernández 2004; León 2002), puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia (Pereira 2002).
- La Rotura Prematura de Membranas constituye una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno – perinatal, la infección puede llevar a la inducción de metaloproteinasas que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura. Esta se asocia a corioamnionitis, membrana hialina en el



recién nacido por prematuridad e infección, presentación pelviana, prolapso del cordón, compresión de la cabeza fetal y/o del cordón umbilical e incremento del índice de cesárea (Vázquez 2003).

- El Aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado (Issler 2001).
- El Estado Nutricional Materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido (Zelaya 2003).
- La operación Cesárea es más electiva en los adolescentes ya que al existir poco desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-gónada durante los 5 años posteriores a la menarquía, no hay una buena regulación hormonal que produzca un parto normalmente. (Balestena 2005).
- En el puerperio el Desgarro del canal del parto se da por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de estas pacientes (Pereira 2002).



Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal (Fernández 2004; Pereira 2002). Especialmente las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se consideran en riesgo para que presenten resultados perinatales desfavorables (Balestena 2005).

En un estudio comparativo de riesgos obstétricos y perinatales en el embarazo adolescente con pacientes embarazadas adultas realizado en Chile en el año 2000, se encontraron los siguientes resultados: (Diaz, 2000)

Un promedio de 18,6 años, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9,49% del total del grupo de estudio.



Las infecciones del tracto urinario estuvieron presentes en el 13,29% de las embarazadas adolescentes, porcentaje que fue cercano al doble de lo presentado en el grupo control, donde la infección urinaria alcanzó un 6,96%. (p 0,062).

La presencia de anemia en las embarazadas adolescentes fue de un 49,36%, porcentaje muy similar al obtenido en el grupo control, el cual fue de un 43,67% (p= 0,31).

El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con una rotura prematura de membranas fue de 14,55%, de las cuales un 8,7% estuvo asociado a parto prematuro. En cambio, la presencia de rotura prematura de membranas en el grupo control fue de 20,25% de las cuales un 9,4% se asoció a parto prematuro (p= 1,78).

No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tanto para el síndrome hipertensivo del embarazo (10,75% en ambos grupos), como para la diabetes gestacional, presentándose esta última en el



1,26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%).

Se encontraron en este estudio 4 casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; dos correspondiente a las embarazadas adolescentes y dos en las embarazadas de 20 a 29 años, constituyendo un 1,26% para cada uno de los grupos.

El retardo del crecimiento intrauterino se presentó durante el embarazo en 19 adolescentes (12,02%), y en 9 (5,69%) de las embarazadas de 20 a 29 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p= 0,047$).

Sin embargo, sólo en un 36,84% de las adolescentes con diagnóstico de RCIU (7 pacientes), y en el 33,33% de las adultas con diagnóstico de RCIU (3 pacientes) éste se confirmó al examen neonatal.

Un 9,49% de las embarazadas adolescentes cursó con un trabajo de parto prolongado, porcentaje mayor al encontrado en el grupo control, el cual fue de 5,69% ($p=$



0,2). El trabajo de parto prolongado se asoció principalmente a distocias de posición, desproporción cefalopélvica y dilatación estacionaria.

Respecto de la vía de resolución del parto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,0006$) al comparar el grupo de estudio con los controles, siendo mayor el número de partos operatorios en las embarazadas de 20 a 29 años.

El porcentaje de partos normales fue de 81,64% para las adolescentes y de 63,92% para el grupo control; las cesáreas un 10,12% del grupo de estudio y un 25,94% en los controles; y finalmente, el parto por fórceps se presentó en un 8,22% en las adolescentes y en un 10,12% en las pacientes adultas.

Un 10,75% de las embarazadas adolescentes presentaron complicaciones durante el parto, las cuales fueron mayoritariamente laceraciones del tracto genital y perineal, y en menor medida extracción dificultosa de hombros y



alumbramiento incompleto. En el grupo control, en cambio, la cifra fue menor (5,69%), sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p= 0,1$).

Un 8,86% de las embarazadas adolescentes estudiadas tuvo un parto prematuro, cifra que fue casi el doble de la reportada en el grupo control con un 4,43% ($p= 0,11$).

4.3.1 Primer Trimestre

Trastornos Digestivos: En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

Abortos Espontáneos: Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.



Embarazos Extrauterinos: Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

4.3.2 Segundo y Tercer Trimestre

Anemia Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

Infecciones Urinarias hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la



frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza de Parto Pretérmino Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión Arterial Gravídica: Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.



Mortalidad Fetal No parece haber diferencias significativas

entre las adolescentes y las adultas.

Parto Prematuro: Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.

Crecimiento Intrauterino Retardado: Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Presentaciones Fetales Distólicas Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

Desproporciones Cefalopélvicas Es muy frecuente en



adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez

Tipo De Parto En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Arg., la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.

Alumbramiento Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

Otras Complicaciones La prevalencia del *test de Sullivan* y la *curva de glucemia positiva* es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.



4.4 Recién nacido de madre adolescente

El recién nacido de madre adolescente especialmente en las menores de 15 años, presenta la siguiente morbi-mortalidad:

- Recién nacido con bajo peso por nacimiento pretérmino o por ser pequeño para la edad gestacional.
- Membrana hialina
- Síndrome de aspiración
- Apnea
- Hemorragia
- Hiperbilirrubinemia
- Infecciones
- Defectos congénitos
- Daños neurológicos
- Alteraciones metabólicas
- Depresión al nacer
- Malformaciones: cierre del tubo neural, especialmente.
- Mortalidad perinatal.



En la investigación realizada por Díaz en Chile se encontró que: el porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional fue mayor en el grupo de estudio que en el grupo control, obteniéndose cifras de 12,02% y 6,96%, respectivamente. Los niños adecuados para la edad gestacional fueron similares en ambos grupos; con un 82,91% para los del grupo de estudio y un 86,70% para los controles. En cuanto a los recién nacidos grandes para la edad gestacional, el porcentaje en las embarazadas adolescentes fue de 5,06% y en las embarazadas de 20 a 29 años, de 6,32%.

La frecuencia de recién nacidos de bajo peso en las adolescentes embarazadas fue el doble a las encontradas en el grupo control, con porcentajes de 6,32% y 3,16%, respectivamente ($p= 0,18$).

En cuanto al Apgar al nacimiento, igual número de recién nacidos en ambos grupos tuvo un puntaje menor de 7 al minuto de vida (6,32%).



4.5 Atención Prenatal

Se refiere al conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto, con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención del recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.

La atención prenatal debe cumplir con las siguientes condiciones para que sea de óptima calidad: **a) Precoz**, lo que implica iniciar el control en el momento en el que la madre sospeche la gestación o antes del primer trimestre.

b) Frecuente: 12 consultas son consideradas como óptimas: una mensual hasta la semana 32 del embarazo; una cada dos semanas hasta la semana 36 y una consulta semanal hasta el parto. Las normas del MSP de acuerdo a la normatividad para la atención del embarazo, parto y puerperio, son 5 las consultas a otorgar a cada mujer embarazada, número considerado con mínimo para



garantizar una buena atención, cada una de ellas con enfoque de riesgo obstétrico y clasificándose como bajo o alto riesgo según la presencia de factores de riesgo como son: los extremos de la vida (menor a 19 o mayor de 35 años), cesáreas previas, abortos, multiparidad, embarazo múltiple, enfermedades crónicas degenerativas, obesidad o desnutrición, prematuros, defectos congénitos y signos de alarma como: mareos, fosfenos, acúfenos, cefalea, edema o anasarca, aumento o pérdida de peso, hemorragia transvaginal, falta de movimientos fetales después del 5° mes de embarazo, ruptura prematura de membranas, fiebre, poliuria, polidipsia y polifagia. **c) Buena Calidad:** incluye aspectos y acciones relacionados con la educación, protección recuperación y rehabilitación de la salud. **d) Amplia Cobertura.**

4.5.1 Características de los controles prenatales

- Lograr un número de Controles adecuado.
- Evitar exceso de medicación y hospitalización.



- Exámenes de Laboratorio: Hemograma, Cito químico bacteriológico de orina, VDRL, TORCH, tipificación sanguínea - Coombs, función hepato-renal, PAP; y Ecográficos necesarios.
- Otros Peso, Tensión Arterial, AFU, Movimientos Fetales, etc.

4.5.2 Cuidado psicosocial

Proveer preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad.

- Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado.
- Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.
- Evaluar factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia.
- Brindar a la mujer gestante información basada en evidencias científicas, y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.



- Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento. (Chalmers 2001, Schwarcz 2005)

4.5.3 Formas de cuidado beneficiosas durante el embarazo y el parto

(Enkin M 2001)

4.5.3.1 Cuidados generales

- Que las mujeres lleven un registro de su embarazo para aumentar el sentimiento de que están siendo controladas
- Suplemento de ácido fólico pre y periconcepcional para prevenir la recurrencia de los defectos del tubo neural.
- Suplemento de ácido fólico (o dieta rica en folatos) para todas las mujeres que estén planificando embarazarse.
- Intervenciones para dejar de fumar durante el embarazo



- Suplemento calórico-proteico balanceado cuando se requiera suplementación dietética (Kramer 2002).
- Suplementación con Vitamina D para mujeres con exposición inadecuada al sol.
- Suplementación con yodo en poblaciones con alta incidencia de cretinismo endémico. (Mahomed 2001).

4.5.3.2 Screening y diagnóstico

- Ecografía doppler en embarazos con alto riesgo de compromiso fetal. (Neilson 2001).

4.5.3.3 Problemas durante el embarazo

- Antihistamínicos para el tratamiento de náuseas y vómitos resistentes a medidas habituales.
- Imidazólicos locales en lugar de nistatina para la infección vaginal por *Candida* (aftas).
- Sulfato de Magnesio en lugar de otros anticonvulsivantes para el tratamiento de la eclampsia.
- Administración de inmunoglobulina anti-D para mujeres Rh(-) cuyo niño recién nacido no es Rh(+).



- Tratamiento antiretroviral para mujeres infectadas por el virus HIV, para prevenir la transmisión al feto.
- Tratamiento antibiótico para la bacteriuria asintomática.
- Tratamiento antibiótico durante el trabajo de parto para mujeres colonizadas con estreptococo grupo B.
- Control estricto versus control demasiado estricto o pérdida del control de los niveles de azúcar en sangre para las diabéticas embarazadas.
- Versión cefálica externa al término para evitar la presentación podálica en el parto.
- Corticoides antenatales para promover la maduración fetal en embarazadas con alto riesgo de parto de pretérmino.
- Inducción del parto luego de las 41 semanas cumplidas de gestación para reducir la mortalidad Perinatal.



4.5.3.4 Parto

- Apoyo físico, emocional y psicológico durante el trabajo de parto (Hodnett 2002).
- Agentes para reducir la acidez gástrica antes de la anestesia general.
- Complementar el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal en el trabajo de parto con la evaluación del estado ácido-base fetal. (Neilson 2003).
- Ocitócicos para el tratamiento de la hemorragia postparto (McDonald 2002).
- Ocitócicos profilácticos en el alumbramiento.
- Manejo activo versus expectante durante el alumbramiento.

4.5.3.5 Problemas durante el parto

- Uso de suturas reabsorbibles en lugar de suturas no reabsorbibles para reparar la piel en traumas perineales.



- Uso de suturas con ácido poliglicólico en lugar de catgut cromado para reparar el trauma perineal.

4.5.3.6 Técnicas de inducción y parto operatorio

- Prostaglandinas para mejorar la respuesta cervical a la inducción del parto.
- Amniotomía más ocitocina para la inducción del parto en lugar de amniotomía sola u ocitocina sola.
- Extracción con vacuum en lugar de fórceps cuando se requiera un parto vaginal operatorio.
- Administración de antibióticos profilácticos en la cesárea

4.5.3.7 Cuidados luego del parto

- Uso de surfactante para los recién nacidos muy pretérminos para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria.
- Apoyo para las madres con desventajas sociales para mejorar la relación madre-hijo.
- Apoyo para las madres durante la lactancia (Sikorski 2000).



- Lactancia sin restricciones.
- Uso de anestésicos locales en aerosol para aliviar el dolor perineal postparto.
- Uso de carbegolina en lugar de bromocriptina para aliviar los síntomas mamarios en mujeres que no amamantan.

4.6 Complicaciones del Embarazo

4.6.1 Trastornos Hipertensivos del Embarazo

1. Hipertensión Gestacional.
2. Preeclampsia
3. Eclampsia
4. Preeclampsia superpuesta a hipertensión arterial crónica.
5. Hipertensión Arterial crónica.

4.6.1.1 Hipertensión Gestacional (Tardía o Transitoria):

Es aquella que se desarrolla al final de la gestación, en el parto o en las primeras 24 horas del puerperio. Las cifras tensionales regresan a sus valores normales al décimo día postparto.



4.6.1.2 Preeclampsia:

Ocurre después de la vigésima semana de la gestación, excepto en enfermedades del trofoblasto, glomerulonefritis aguda y lupus, donde su aparición es más precoz. Es una patología que se presenta principalmente en las primigestantes. Se observa con más frecuencia en las edades extremas de la vida reproductiva (menor de 20 años y mayor de 35). Cuando ocurre en las multíparas se asocia la mayoría de veces con una historia de hipertensión crónica, diabetes, embarazo gemelar, hidramnios, fetos macrosómicos, enfermedades del colágeno, renal o vascular.

Es más significativo el incremento de la tensión sistólica en 30 mmHg y de 15 mmHg la diastólica, que el hallazgo ocasional de 140/90. La medición de la TAM se utiliza como un criterio más válido. Durante la gestación normal, la TA disminuye durante el segundo trimestre para aumentar luego en el tercero, donde puede alcanzar valores semejantes a los encontrados en la etapa



preconcepcional. Cuando no se observa la disminución en la mitad de la gestación, se considera como un factor de riesgo para desarrollar la hipertensión.

4.6.1.3 Eclampsia:

Es la presencia de convulsiones tónico-clónicas en una gestante con el diagnóstico de preeclampsia. Se ha visto que aproximadamente en la mitad de los casos, la convulsión tiene lugar antes de iniciarse el trabajo de parto, el resto se reparte proporcionalmente durante el parto y el puerperio.

Cuando la preeclampsia no se detecta precozmente o no se trata adecuadamente, la paciente puede presentar algunos síntomas que indican la agravación del cuadro clínico. Los principales son: cefalea intensa, global y persistente, visión borrosa, escotomas, epigastralgia, náuseas y vómito, irritabilidad, cianosis y edema pulmonar.

Después de la crisis convulsiva se presenta un estado depresivo con la respiración difícil, cianosis y sialorrea.

El número de convulsiones tiene una relación directa con



la mortalidad materna y perinatal y a medida que se repiten las crisis, aumenta la posibilidad de una hemorragia cerebral y de la muerte del feto.

4.6.1.4 Preeclampsia Superpuesta a Hipertensión Crónica:

A la hipertensión arterial previa se suman edema, proteinuria o ambos. Se desarrolla más rápidamente.

4.6.1.5 Hipertensión Crónica:

Se inicia antes del embarazo o en las primeras 20 semanas. Estas pacientes tienen una posibilidad mayor para desarrollar una preeclampsia.

Diagnóstico:

- a) Historia clínica de hipertensión previa al inicio de la gestación.
- b) Hipertensión antes de la semana 20 de gestación con cifras de 140/90mmHg, sin datos de enfermedad trofoblástica.
- c) Antecedentes Hipertensivos en los embarazos previos.
- d) En el examen de fondo de ojo se detectan hemorragias, exudados



y alteraciones vasculares retinianas crónicas.

e) Nitrogeno superior a 20mg por ciento.

f) Creatinina superior a 1 mg por ciento.

g) Biopsia renal.

h) Presencia de padecimientos crónicos con afectación vascular.

4.6.2 Hemorragias Obstétricas

A) Antes del Parto:

- Desprendimiento prematuro de Placenta normoinserta
- Placenta previa

B) Después del parto

- Atonía uterina
- Placenta acreta, increta y percreta
- Inversión uterina
- Laceraciones en el tracto genital
- Hematomas puerperales
- Ruptura uterina
- Ruptura de una cicatriz uterina. (Cunningham)



4.7 Parto.

4.7.1 Recomendaciones:

- Uso del partograma.
 - Limitar los exámenes vaginales para evaluar el progreso del trabajo de parto.
 - Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto; particularmente evitar la introducción de cualquier dispositivo dentro de la vagina.
 - Abandonar el uso de rasurado y enema.
 - Estimular la deambulaci3n durante el trabajo de parto.
 - Usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardiaca fetal.
 - No restringir lquidos durante el trabajo de parto, y permitir la ingesta de comidas livianas si las necesitan.
- Apoyo psicosocial, estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompa1e durante el trabajo de parto y el parto.
- Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.



- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad.

(Chalmers 2001)

4.7.2 Complicaciones en el Parto:

Pueden ser maternas o fetales. Las principales complicaciones maternas son:

- Intoxicación hídrica por uso de oxitócicos
- Ruptura uterina
- Abruption Placentae
- Inversión uterina

La principal complicación fetal es el sufrimiento fetal agudo debido a hipoxia como consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo al EIV.

4.7.2.1 Intoxicación hídrica por uso de oxitócicos

La oxitocina tiene una secuencia de aminoácidos similar a la arginina-vasopresina. Por lo tanto, cuando se administra en altas dosis tiene una acción antidiurética significativa. Cuando se infunde 20mU/min o más, la depuración renal de agua libre disminuye en forma notoria. Si se administra líquidos acuosos en cantidades apreciables junto con



oxitocina, la intoxicación hídrica Puede Llevar A Convulsiones, Coma E Incluso La Muerte. (Schwarz 2005)

4.7.2.2 Ruptura Uterina

Es la solución de continuidad del útero gravídico durante el embarazo o el trabajo de parto en forma espontánea o provocada.

Variedades:

- **Completa:** si la solución de continuidad comprende todo espesor del útero, incluyendo el peritoneo y queda comunicada la cavidad uterina con la cavidad peritoneal.
- **Incompleta:** si el peritoneo visceral queda íntegro. Ambas pueden ser parciales si sólo afectan un segmento del útero, o total si abarca todo el cuerpo y el segmento.
- **Espontánea:** si durante el embarazo o en el trabajo de parto normal como consecuencia de una cicatriz uterina.
- **Iatrógena:** por la aplicación de recursos quirúrgicos o médicos por el empleo de: fórceps, cesárea, versión, parto pélvico o empleo de oxitocina.



4.7.2.3 Inversión Uterina

Es cuando el fondo uterino se invierte y queda en contacto con el cuello del útero. Se debe a tratamiento inadecuado durante el tercer período del parto, segmento uterino inferior relajado, tracción del cordón antes del desprendimiento placentario, maniobra de Credé enérgica, producto con un cordón roto, extracción manual de placenta en forma agresiva, esfuerzos de la paciente después del parto, luego de alumbramiento normal, sin aparente causa.

Clasificación

- Completa: cuando el útero se encuentra en la vagina o por fuera de ella.
- Incompleta: cuando el fondo uterino se encuentra en la cavidad uterina.
- Espontánea: la que se lleva a cabo sin participación médica.
- Inducida: es consecuencia de la mala atención del tercer período del parto.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características y condiciones de la atención a las mujeres adolescentes atendidas por parto en el servicio de Obstetricia del HVCM en el período Julio – Diciembre 2007, mediante el SIP.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir:

- Datos generales: edad, raza, educación y estado civil.
- Antecedentes familiares, personales y obstétricos.
- Características del embarazo actual: antropométricos, examen ginecológico, hábitos-adicciones, inmunizaciones, hierro y folatos.
- Características del parto: Consultas prenatales, carné, hospitalizaciones durante el embarazo, corticoides



antenatales, conducta en el trabajo de parto y patologías

- Características del recién nacido: sexo, antropométricos, edad gestacional confiable, APGAR y reanimación.
- Características de egreso del recién nacido: estado vital, lactancia y peso al egreso.
- Características de egreso de la madre: anticoncepción



CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio y diseño en general

Se trata de un estudio descriptivo. Se analizaron las variables en mujeres adolescentes atendidas por parto en el H.V.C.M. Julio - Diciembre 2007.

6.2 Área de estudio

Hospital Vicente Corral Moscoso, departamento de Gineco-Obstetricia.

6.3 Población de estudio

Han sido incluidas en el estudio todas las mujeres adolescentes atendidas por parto en el H.V.C.M. Durante el periodo Julio – Diciembre 2007.

6.4 Unidad de análisis y observación

Constituyen las unidades de análisis las historias clínicas de las mujeres adolescentes atendidas por parto en el H.V.C.M., que constan en la base de datos del SIP.



6.5 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Mujeres adolescentes atendidas por parto.
- Edad entre los 10 y 19 años.
- Edad gestacional igual o superior a 22 semanas de gestación, que ingresan a ser atendidas por parto.

6.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de datos.

Se analizaron las Historias Clínicas del CLAP, de la Base de Datos recolectada por el personal de internos de medicina y de nuestra parte.

Para garantizar la calidad de los datos se realizó:

- Revisión del libro de partos acompañada de una fotocopia, para constatar el número de las atenciones.
- Verificación que las Historias Clínicas del CLAP correspondan al libro de partos.
- Comprobación que en la base de datos del SIP consten las variables completas.



En las que se detectó la falta de dato, se completó los datos. Se realizó este estudio intentando un margen de error no mayor al 5% de falta de dato en las variables, con las siguientes tareas:

- ◆ Constatamos las historias clínicas faltantes en el departamento de estadística.
- ◆ Se recuperaron todos los CLAPS de los meses de julio-diciembre 2007.
- ◆ Se verificaron uno por uno, que las variables de estos documentos se encuentren correctamente pasados el la Base de datos del SIP.
- ◆ En caso de falta de dato se procedió a llenar con la información pertinente.
- ◆ Se depuró la Base de datos del SIP ya que algunos datos se encontraban repetidos o completamente erróneos.



CAPITULO VII

7. RESULTADOS

7.1. Datos generales

7.1.1 Edad

TABLA N. 1

Distribución por edad de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Edad en embarazo	Nº	%
10 - 14	18	0.7
15 - 19	626	24.3
20 - 24	908	35.2
25 - 29	530	20.6
30 - 34	261	10.1
35 - 39	155	6.0
40 - 44	53	2.1
45 - 49	5	0.2
Sin dato	20	0.8
Totales	2,576	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

De la población estudiada 1 de cada 4 mujeres son adolescentes.



7.1.2 Raza

TABLA N. 2

Distribución por raza de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Raza	Nº	%
Blanca	2	0.1
Indígena	13	0.5
Mestiza	2,545	99.0
Negra	6	0.2
Otra	0	0.0
Sin dato	5	0.2
Totales	2,571	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Casi la totalidad de la población pertenece a la raza mestiza.



7.1.3 Estudios

TABLA N. 3

Distribución por estudios alcanzados de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Estudios	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Ningunos	9	1.4	39	2.0
Primaria	236	36.6	781	40.9
Secundaria	385	59.8	941	49.3
Universidad	11	1.7	138	7.2
Sin dato	3	0.5	10	0.5
Totales	644	100	1,909	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Tanto mujeres adolescentes como mujeres no adolescentes tiene casi el 100% de alfabetización. Las mujeres adolescentes tienen un predominio de educación secundaria sobre las mujeres no adolescentes.



7.1.4 Estado civil

TABLA N. 4

Distribución por Estado Civil de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Estado civil	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Casada	165	25.6	1,100	57.5
Unión estable	272	42.2	590	30.9
Soltera	198	30.7	201	10.5
Otro	6	0.9	13	0.7
Sin dato	3	0.5	8	0.4
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Casi la mitad de la población de mujeres adolescentes tiene un estado civil de predominio unión estable seguido de soltería. En cambio en las mujeres no adolescentes se observa un predominio de mujeres casadas en más del 50%.



7.2. Antecedentes familiares, personales y obstétricos.

7.2.1 Antecedentes familiares, personales

TABLA N. 5.1

Distribución por antecedentes familiares y personales de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Diabetes	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Ni personal ni familiar	593	92.1	1,767	92.6
Solo familiar	49	7.6	132	6.9
Tipo I pers. Solo	0	0.0	1	0.1
Tipo II pers. Solo	1	0.2	0	0.0
Tipo I fam.y pers.	0	0.0	0	0.0
Fam.y pers.	0	0.0	1	0.1
Sin dato	1	0.2	8	0.4
HTA				
Ni personal ni familiar	614	95.3	1,790	93.8
Solo familiar	27	4.2	96	5.0
Solo personal	1	0.2	9	0.5
Familiar y personal	1	0.2	6	0.3



Sin dato	1	0.2	8	0.4
TBC				
Ni personal ni familiar	634	98.4	1,873	98.1
Solo familiar	3	0.5	18	0.9
Solo personal	0	0.0	0	0.0
Familiar y personal	0	0.0	1	0.1
Sin dato	7	1.1	17	0.9

TABLA N. 5.2

Distribución por antecedentes familiares y personales de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Preeclampsia previa				
Ni personal ni familiar	639	99.2	1,882	98.6
Solo familiar	3	0.5	10	0.5
Solo personal	1	0.2	6	0.3
Familiar y personal	0	0.0	0	0.0
Sin dato	1	0.2	11	0.6
Eclampsia				
no	640	99.4	1,901	99.4
si	0	0.0	1	0.1
sin dato	4	0.6	10	0.5
Otros Antecedentes				



ni personal ni familiar	634	98.4	1,867	97.8
solo familiar	7	1.1	28	1.5
solo personal	1	0.2	6	0.3
familiar y personal	1	0.2	0	0.0
sin dato	1	0.2	8	0.4
TOTALES	644	100	1,909	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 93% tanto de mujeres adolescentes como no adolescentes no presenta antecedentes de diabetes, HTA, tuberculosis, preeclampsia previa, cirugía del tracto reproductor, infertilidad, VIH y cardiopatías asociadas a neuropatías.



7.2.2 Antecedentes Personales

TABLA N. 6

Distribución por antecedentes personales de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Cirugía tracto reproductor				
No	641	99.5	1,883	98.6
Si	0	0.0	17	0.9
Sin dato	3	0.5	9	0.5
Infertilidad				
No	642	99.7	1,900	99.5
Si	1	0.2	0	0.0
Sin dato	1	0.2	9	0.5
VIH+				
No	609	94.6	1,764	92.4
Si	0	0.0	3	0.2
Sin dato	35	5.4	142	7.4
Cardiopatía/nefrop				
No	611	94.9	1,782	93.3
Renal y/o cardiaco	0	0.0	0	0.0



Renal	0	0.0	0	0.0
Cardiopatía	0	0.0	3	0.2
Sin dato	33	5.1	124	6.5
TOTALES	644	100	1,909	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 0.5% de pacientes tanto adolescentes como no adolescentes presentan antecedentes de cirugía del tracto reproductor, infertilidad, VIH y Cardiopatía asociada a nefropatía.



7.2.3 Antecedentes obstétricos

7.2.3.1 Gestas previas

TABLA N. 7

**Distribución por gestas previas de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007.**

Gestas Previas	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	375	58.2	1,274	66.6
1 - 1	226	35.1	197	10.3
2 - 2	27	4.2	64	3.3
3 - 3	3	0.5	10	0.5
4 - 4	1	0.2	1	0.1
5 - 5	0	0.0	1	0.1
Sin dato	12	1.9	365	19.1
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Aproximadamente el 60% de mujeres adolescentes son primigestas. En tanto que el 10.3% de mujeres no adolescentes ya han tenido un parto previo.



7.2.3.2 Abortos previos

TABLA N. 8

**Distribución por abortos previos de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007.**

Abortos previos	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	546	84.8	1,437	75.2
1 - 1	20	3.1	174	9.1
2 - 2	0	0.0	15	0.8
3 - 3	0	0.0	7	0.4
4 - 4	0	0.0	0	0.0
5 - 5	0	0.0	1	0.1
6 - 6	0	0.0	1	0.1
Sin dato	78	12.1	277	14.5
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 3.1% de adolescentes ha tenido una experiencia de aborto. Cifra bastante baja en relación a las madres no adolescentes que abarcan un 10.5%.



7.2.3.3 Partos Previos

TABLA N. 9

**Distribución por Partos Previos de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007.**

Partos previos	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	495	76.9	646	33.8
1 - 1	61	9.5	578	30.2
2 - 2	9	1.4	326	17.1
3 - 3	2	0.3	141	7.4
4 - 4	0	0.0	66	3.5
5 - 5	0	0.0	17	0.9
6 - 6	0	0.0	10	0.5
7 - 9	0	0.0	11	0.6
10 - 15	0	0.0	2	0.1
Sin dato	77	12.0	115	6.0
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Las mujeres adolescentes han tenido la experiencia de parto previo de 11.3%, hasta 3 partos, en tanto que las mujeres no adolescentes en un 60.3% han tenido hasta 10 partos previos.



7.2.3.4 Cesáreas Previas

TABLA N. 10

**Distribución por Cesáreas Previas de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007.**

Cesáreas previas	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	512	79.5	1,274	66.6
1 - 1	16	2.5	197	10.3
2 - 2	2	0.3	64	3.3
3 - 3	0	0.0	10	0.5
4 - 4	0	0.0	1	0.1
Sin dato	114	17.7	365	19.1
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Las mujeres adolescentes han tenido menor experiencia de cesárea previa lo que representa un 3.8 %, en tanto que las mujeres no adolescentes un 14.2%



7.2.3.5 Antecedente de Nacidos Vivos

TABLA N. 11

Distribución por antecedente de Nacidos Vivos de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – diciembre 2007.

Nac vivos-viven	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	453	70.3	496	25.9
1 - 1	71	11.0	672	35.1
2 - 2	17	2.6	360	18.8
3 - 3	3	0.5	145	7.6
4 - 4	0	0.0	69	3.6
5 - 5	0	0.0	22	1.2
6 - 6	0	0.0	9	0.5
7 - 7	0	0.0	8	0.4
8 - 9	0	0.0	1	0.1
10 - 13	0	0.0	1	0.1
Sin dato	100	15.5	129	6.7
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Las mujeres adolescentes han tenido previamente hijos nacidos vivos alrededor de 15%, en tanto que los hijos de mujeres no adolescentes es de un 70%.



7.2.3.6 Nacidos muertos

TABLA N. 12

Distribución por antecedentes de nacidos muertos de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Nac. muertos	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	516	80.1	1,432	74.9
1 - 1	2	0.3	30	1.6
2 - 2	0	0.0	5	0.3
3 - 3	0	0.0	1	0.1
Sin dato	126	19.6	444	23.2
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El porcentaje de hijos nacidos muertos en mujeres adolescentes es de un 0.3%, en tanto que los hijos de mujeres no adolescentes es de un 2%



7.2.3.7 Planificación del embarazo

TABLA N. 13

Distribución por Planificación del embarazo de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Emb. planeado	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	518	80.4	1,414	74.0
Si	110	17.1	422	22.1
Sin dato	16	2.5	76	4.0
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 80% mujeres adolescentes no planificaron su embarazo, cifra relativamente similar al la actitud en mujeres no adolescentes.



7.2.3.8 Fracaso del Método Anticonceptivo

TABLA N. 14

Distribución por Fracaso del Método Anticonceptivo de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Fracaso	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No usaba	590	91.6	1,628	85.1
Barrera	6	0.9	14	0.7
Diu	1	0.2	26	1.4
Hormonal	21	3.3	134	7.0
Emergencia	0	0.0	0	0.0
Natural	2	0.3	8	0.4
Sin dato	24	3.7	102	5.3
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 90% de mujeres tanto adolescentes como no adolescentes no usaban métodos anticonceptivos. Sin embargo el método hormonal es el de mayor incidencia de fracaso, quizá por ser el más usado. También es importante destacar que se observa un uso nulo de método de emergencia.



7.3. Características del embarazo actual

7.3.1 Distribución por talla

TABLA N. 15

Distribución por talla de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Talla adulta	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
102 - 110	0	0.0	1	0.1
111 - 120	0	0.0	0	0.0
121 - 130	0	0.0	1	0.1
131 - 140	16	2.5	50	2.6
141 - 150	218	33.9	645	33.8
151 - 160	271	42.1	790	41.4
161 - 170	25	3.9	87	4.6
171 - 180	1	0.2	2	0.1
Sin dato	113	17.5	333	17.4
Totales	644	100	1,909	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Casi el 100% de las mujeres cumplen con el criterio de talla óptima para el parto, mayor de 140cm



7.3.2 Edad Gestacional confiable

TABLA N. 16

Distribución por método de confiabilidad de Edad Gestacional de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

EG confiable	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No confiable	66	10.2	200	10.5
Solo fum	549	85.2	1,651	86.3
Eco < 20 sem solo	15	2.3	21	1.1
Fum y eco < 20 sem	6	0.9	15	0.8
Sin dato	8	1.2	25	1.3
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 85% de las mujeres aportaron un dato confiable para edad gestacional a través de la FUM.



7.3.3 Consumo de Cigarrillos

TABLA N. 17

Distribución por Consumo de Cigarrillos al día de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Cigarrillos día	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	532	82.6	1,521	79.6
1 - 5	2	0.3	2	0.1
Sin dato	110	17.1	389	20.3
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Se evidencia que en general las mujeres embarazadas no tienen el hábito de consumir cigarrillos.



7.3.4 Consumo de alcohol y drogas

TABLA N. 18

Distribución por Consumo de alcohol y drogas de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Alcohol/drogas	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Ninguno	592	91.9	1,725	90.2
Solo alcohol	1	0.2	2	0.1
Sin dato	51	7.9	185	9.7
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Se evidencia que en general las mujeres embarazadas no tienen el hábito de consumir alcohol y drogas



7.3.5 Primera dosis de vacuna antitetánica

TABLA N. 19

Distribución por administración de la primera dosis de vacuna antitetánica de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Antitetan 1a dosis	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No vacunada	187	29.0	550	28.8
Vigente	22	3.4	69	3.6
En 2do mes embarazo	44	6.8	165	8.6
En 3er mes embarazo	104	16.1	260	13.6
En 4to mes embarazo	84	13.0	235	12.3
En 5to mes embarazo	55	8.5	215	11.2
En 6to mes embarazo	65	10.1	189	9.9
En 7to mes embarazo	32	5.0	97	5.1
En 8vo mes embarazo	27	4.2	56	2.9
En 9no mes embarazo	4	0.6	16	0.8
Sin dato	20	3.1	60	3.1
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Cerca de una tercera parte de la población estudiada no se ha recibido la vacuna antitetánica.



7.3.6 Segunda dosis de vacuna antitetánica

TABLA N. 20

Distribución por administración de la segunda dosis de vacuna antitetánica de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Antitetan 2a dosis	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No vacunada	299	46.4	856	44.8
Vigente	44	6.8	143	7.5
En 2do mes embarazo	3	0.5	3	0.2
En 3er mes embarazo	12	1.9	47	2.5
En 4to mes embarazo	50	7.8	141	7.4
En 5to mes embarazo	49	7.6	123	6.4
En 6to mes embarazo	42	6.5	123	6.4
En 7to mes embarazo	54	8.4	181	9.5
En 8vo mes embarazo	54	8.4	153	8.0
En 9no mes embarazo	12	1.9	28	1.5
Sin dato	25	3.9	114	6.0
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

En relación a la administración de la primera dosis de vacuna antitetánica, el porcentaje de mujeres que ha recibido la segunda dosis es menor, en los dos grupos, de aproximadamente un decremento de 20%.



7.3.7 Examen normal (odontológico, mamas, cérvix)

TABLA N. 21

Distribución por realización de examen normal (odontológico, mamas, cérvix) de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Odontológico	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	204	31.7	597	31.2
Si	424	65.8	1,235	64.6
Sin dato	16	2.5	80	4.2
Mamas				
No	81	12.6	181	9.5
Si	549	85.2	1,684	88.1
Sin dato	14	2.2	47	2.5
Cérvix				
No	77	12.0	208	10.9
Si	547	84.9	1,642	85.9
Sin dato	20	3.1	62	3.2
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

En los controles del examen físico normal, se evidencia que el examen de mama y cérvix se realizan en mayor porcentaje en ambos grupos en relación al examen odontológico.



7.3.8 Detección de bacteriuria

TABLA N. 22

Distribución por detección de bacteriuria de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Bacteriuria	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No se hizo	390	60.6	1,093	57.2
Negativo	84	13.0	214	11.2
Positivo	29	4.5	78	4.1
Sin dato	141	21.9	527	27.6
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Aproximadamente el 60% de las pacientes tanto para adolescentes, como para no adolescentes no se realizaron examen de orina. El resultado positivo es bajo para los dos grupos, con un porcentaje alrededor de 4%.



7.3.9 Factor Rh

TABLA N. 23

Distribución por Factor Rh de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Factor Rh	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Rh positivo	585	90.8	1,755	91.8
Rh- y sens descon	4	0.6	20	1.0
Rh- y no sensibil.	0	0.0	3	0.2
Rh- y sensibiliz.	2	0.3	2	0.1
Sin dato	53	8.2	132	6.9
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El factor Rh positivo, predomina en un 91%, y solo un 1% de Rh negativo para los dos grupos.



7.3.10 Realización de papanicolao

TABLA N. 24

Distribución por realización de papanicolao de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

	Papanicolaou Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Vigente	112	17.4	460	24.1
Solicitado	99	15.4	320	16.7
No solicitado	350	54.3	796	41.6
Sin dato	83	12.9	336	17.6
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

.El 54.3% de mujeres adolescentes no tiene realizado un papanicolao, frente a un 41.6% de mujeres no adolescentes



7.3.11 Examen de VIH

TABLA N. 25

Distribución por solicitud de examen de VIH de las mujeres atendidas por parto Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

VIH solicitado	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No solicitado	134	20.8	410	21.4
Solicitado	392	60.9	1,091	57.1
Sin dato	118	18.3	411	21.5
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Una de cada cinco pacientes no se realizó el examen para VIH.



7.3.12 Examen de VDRL/RPR < 20 semanas

.TABLA N. 26

Distribución por realización de Examen de VDRL/RPR < 20 semanas de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

VDRL/RPR < 20 sem	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Negativa	142	22.0	443	23.2
Positiva	1	0.2	8	0.4
No se hizo	361	56.1	975	51.0
Sin dato	140	21.7	486	25.4
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 50% de la población total no se realizó prueba de VDRL antes de las 20 semanas de gestación. En las adolescentes solo se detectó un caso de VDRL positivo antes de las 20 semanas de gestación, en tanto que en las mujeres no adolescentes se detectaron 8 casos



7.3.13 VDRL/RPR > 20 semanas

TABLA N. 27

Distribución por realización de examen de VDRL/RPR > 20 semanas de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

VDRL/RPR >20 sem	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Negativa	116	18.0	299	15.6
Positiva	5	0.8	11	0.6
No se hizo	350	54.3	1,019	53.3
Sin dato	173	26.9	583	30.5
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 50% de la población total no se realizó prueba de VDRL después de las 20 semanas de gestación. En las adolescentes se detectaron 5 casos de VDRL positivo después de las 20 semanas de gestación, en tanto que en las mujeres no adolescentes se detectaron 11 casos



7.3.14 Hemoglobina < 20 semanas

TABLA N. 28

Distribución por niveles de hemoglobina < 20 semanas de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Hb < 20 sem.	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
110 - 119	1	0.1	1	0.1
120 - 129	2	0.1	2	0.1
130 - 139	9	0.5	9	0.5
140 - 150	10	0.5	10	0.5
Sin dato	1,890	98.8	1,890	98.8
Totales	1,912	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Casi el 100% de datos no pudieron ser analizados, ya que no se encuentra consignado este valor en el carné perinatal.



7.3.15 Ingesta de Fe y Folatos

TABLA N. 29

Distribución por Ingesta de Fe y Folatos durante el embarazo de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

FE/FOLATOS	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Ninguno	58	9.0	125	6.5
Solo Fe	80	12.4	204	10.7
Solo Folatos	7	1.1	10	0.5
Fe y Folatos	478	74.2	1,476	77.2
Sin dato	21	3.3	97	5.1
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El 9% de las madres adolescentes no ingieren ninguno de estos suplementos vitamínicos, siendo 2.5% mayor que en las madres no adolescentes. Cabe recalcar que aproximadamente el 75% de ambos grupos tomaron hierro y folatos durante su embarazo.



7.4. Características del parto

7.4.1 Número de consultas prenatales

TABLA N. 30

Distribución por número de consultas prenatales de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Número de consultas	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	22	3.6	49	2.7
1 - 1	19	3.1	53	2.9
2 - 2	32	5.3	80	4.4
3 - 3	54	8.9	122	6.7
4 - 4	56	9.2	152	8.4
5 - 5	98	16.1	315	17.4
6 - 6	76	12.5	258	14.3
7 - 7	97	16.0	279	15.4
8 - 8	77	12.7	217	12.0
9 - 9	66	10.9	259	14.3
Sin dato	10	1.6	26	1.4
Totales	607	100	1,810	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

De la población general alrededor del 3% no se realizó ningún control prenatal, una cuarta parte entre 1 y 4 controles y el 70% entre 5 y 9 controles prenatales.



7.4.2 Carné perinatal

TABLA N. 31

Distribución por portar carné perinatal de controles de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Carné Perinatal	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
no	431	66.9	1,233	64.5
si	123	19.1	360	18.8
sin dato	90	14.0	319	16.7
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor de un 65% de los dos grupos de mujeres no portaban su carné perinatal al momento del parto.



7.4.3 Antecedente de hospitalización durante el embarazo

TABLA N. 32

Distribución por antecedente de hospitalización durante el embarazo de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Hospitalización	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
no	563	87.4	1,650	86.3
si	17	2.6	58	3.0
sin dato	64	9.9	204	10.7
TOTALES	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

La proporción de hospitalizaciones durante el embarazo ha sido baja para los dos grupos, representado por un 3 %.



7.4.4 Tipo de inicio del trabajo de parto

TABLA N. 33

Distribución por tipo de inicio del trabajo de parto de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Inicio del trabajo de parto	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	615	95.5	1,761	92.1
Inducido	1	0.2	6	0.3
Cesárea electiva	16	2.5	98	5.1
Sin dato	12	1.9	47	2.5
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El inicio del parto espontáneo representó la mayoría para mujeres adolescentes como no adolescentes, Sin embargo la Cesárea electiva estuvo presente en un 2,5% en las Adolescentes y en 5,1% en las no Adolescentes.



7.4.5 Ruptura prematura de membranas

TABLA N. 34

Distribución por ruptura prematura de membranas de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Membranas	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Rotas	40	6.2	109	5.7
Íntegras	598	92.9	1,764	92.3
Sin dato	6	0.9	39	2.0
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El porcentaje de RPM fue del 6 % tanto en mujeres adolescentes como no adolescentes.



7.4.6 Edad gestacional al parto

TABLA N. 35

Distribución por edad gestacional al parto de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Edad gestacional al parto	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
3 - 19	2	0.3	1	0.1
20 - 27	5	0.8	6	0.3
28 - 29	1	0.2	9	0.5
30 - 31	10	01.6	24	1.3
32 - 32	4	0.6	11	0.6
33 - 33	2	0.3	16	0.8
34 - 34	13	2.0	26	1.4
35 - 35	19	3.0	44	2.3
36 - 36	39	6.1	90	4.7
37 - 38	171	26.6	468	24.5
39 - 40	255	39.6	849	44.4
41 - 42	69	10.7	200	10.5
43 - 45	2	0.3	6	0.3
sin dato	52	8.1	161	8.4
Totales	644	100	1,911	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Para mujeres adolescentes se evidenció un 15% de partos pretérminos y en las mujeres no adolescentes el índice de partos pretérminos fue menor, de 12%. Los partos postérmino representan un 11% para los dos grupos.



7.4.7 Presentación del feto

TABLA N. 36

**Distribución por presentación del feto de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007**

Presentación del feto	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Cefálica	635	98.6	1,832	95.8
Pelviana	4	0.6	28	1.5
Transversa	2	0.3	14	0.7
Sin dato	3	0.5	38	2.0
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

La presentación fetal en mujeres adolescentes fue cefálica en un 98.6% y solo un 0.9% tuvieron otras presentaciones. En tanto que en las mujeres no adolescentes hubo un mayor porcentaje de presentaciones no cefálicas (2.2%).



7.4.8 Patologías maternas

TABLA N. 37.1

**Distribución por patologías maternas de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007**

Patologías maternas	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
HTA				
Ni personal ni familiar	614	95.3	1,790	93.8
Solo familiar	27	4.2	96	5.0
Solo personal	1	0.2	9	0.5
Familiar y personal	1	0.2	6	0.3
Sin dato	1	0.2	8	0.4
Hta ind embarazo				
No	639	99.2	1,885	98.6
Si	2	0.3	7	0.4
Sin dato	3	0.5	20	1.0
Preeclampsia embarazo				
No	632	98.1	1,876	98.1
Si	10	1.6	27	1.4
Sin dato	2	0.3	9	0.5
Eclampsia				
No	640	99.4	1,901	99.4
Si	0	0.0	1	0.1
Sin dato	4	0.6	10	0.5
Cardiopatía/nefropatía				
No	639	99.2	1,891	98.9
Si	0	0.0	9	0.5
Sin dato	5	0.8	12	0.6



TABLA N. 37.2

**Distribución por patologías maternas de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007**

Diabetes mat.	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	642	99.7	1,898	99.3
No especificado	0	0.0	0	0.0
Tipo i	0	0.0	1	0.1
Tipo ii	0	0.0	2	0.1
Gestacional	0	0.0	0	0.0
Sin dato	2	0.3	11	0.6
Infecç urinaria				
No	573	89.0	1,703	89.1
Si	69	10.7	198	10.4
Sin dato	2	0.3	11	0.6
Amenaz parto pret				
No	633	98.3	1,857	97.1
Si	6	0.9	36	1.9
Sin dato	5	0.8	19	1.0
RCIU				
No	638	99.1	1,892	99.0
Si	0	.0	0	.0



Sin dato	6	0.9	20	1.0
<hr/>				
Hemorr 1er Trim				
<hr/>				
No	628	97.5	1,864	97.5
Si	14	2.2	27	1.4
Sin dato	2	0.3	21	1.1
<hr/>				
Hemorr 2do trim				
<hr/>				
No	631	98.0	1,877	98.2
Si	4	0.6	5	0.3
Sin dato	9	1.4	30	1.6
<hr/>				



TABLA N. 37.3

Distribución por patologías maternas de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Hemorr 3er trim	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	629	97.7	1,876	98.1
Si	5	0.8	2	0.1
Sin dato	10	1.6	34	1.8
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Entre las patologías personales maternas estudiadas se evidencia en las mujeres adolescentes: HTA (0.2%), HTA inducida por el embarazo (0.3%), preeclampsia (1.6%), IVU (10.7%), amenaza de parto pretérmino (0.9%), (0.1%), Hemorragia en el Primer trimestre (2.2%), Hemorragia en el segundo trimestre (0.6%), Hemorragia en el tercer trimestre (0.8%). No se registraron casos de eclampsia, diabetes, RCIU, ni de cardiopatía asociada a nefropatía.

Estos datos son similares para las mujeres no adolescentes.



7.4.9 Condición de vida al nacimiento del recién nacido

TABLA N. 38

Distribución por condición de vida al nacimiento del recién nacido de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Nacimiento	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Nace vivo	639	99.2	1,885	98.6
M. En embarazo	4	0.6	20	1.0
M. Durante parto	0	0	1	0.1
M. Momento desconocido	0	0	2	0.1
Sin dato	1	0.2	4	0.2
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El índice de mortalidad neonatal fue del 0.6 % en mujeres adolescentes y un 1.2% en mujeres no adolescentes.



7.4.10 Embarazo múltiple

TABLA N. 39

**Distribución por embarazo múltiple de las mujeres
atendidas por parto en Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007.**

Embarazo múltiple	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	616	95.7	1,818	95.1
Si	15	2.3	46	2.4
Sin dato	13	2.0	48	2.5
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Dos de cada 100 mujeres tienen la experiencia de un embarazo múltiple.



7.4.11 Tipo de terminación del parto

TABLA N. 40

Distribución por tipo de terminación del parto de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Terminación del parto	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Espontánea	532	82.6	1,436	75.1
Fórceps	0	0	0	0
Cesárea	107	16.6	468	24.5
Otra	1	0.2	4	0.2
Vacuum	0	0	0	0
Sin dato	4	0.6	4	0.2
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor de un 80% de la población pare por vía vaginal. Se evidencia un 8% menos de partos por cesáreas en mujeres adolescentes en relación a las no adolescentes.



7.4.12 Episiotomía

TABLA N. 41

Distribución por realización de episiotomía a las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Episiotomía	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	245	38.0	1,408	73.6
Si	397	61.6	496	25.9
Sin dato	2	0.3	8	0.4
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Se realiza episiotomía a 6 de cada 10 mujeres adolescentes, porcentaje bastante alto en relación a las mujeres no adolescentes, en las que se realiza solo a un 25.9%



7.4.13 Desgarros

TABLA N. 42

**Distribución por presencia de desgarros de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007**

Desgarros	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	622	96.6	1,787	93.5
Sin especificar	0	0	0	0
Grado 1	11	1.7	82	4.3
Grado 2	2	0.3	15	0.8
Grado 3	1	0.2	1	0.1
Grado 4	0	0	0	0
Sin dato	8	1.2	27	1.4
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

La presencia de desgarros en mujeres adolescentes fue de un 2.2% y en mujeres no adolescentes de un 5.3%.



7.4.14 Administración de oxitócicos pre alumbramiento

TABLA N. 43

Distribución por administración de oxitócicos pre alumbramiento de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Oxitócicos pre alumbramiento	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	351	54.5	992	51.9
Si	197	30.6	563	29.4
Sin dato	96	14.9	357	18.7
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Se observa que en un 30% de casos en la población total se administra oxitócicos prealumbramiento.



7.4.15 Ligadura cordón

TABLA N. 44

Distribución por el tiempo transcurrido entre el parto y ligadura de cordón de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Ligadura cordón	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Precoz < 30 s	63	9.8	237	12.4
Tardía >30 s <1 min	510	79.2	1,416	74.1
Tardía > 1 min	25	3.9	71	3.7
Sin dato	46	7.1	188	9.8
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

En la mayoría de mujeres la ligadura del cordón es tardía.



7.5. Características del recién nacido

7.5.1 Sexo del recién nacido

TABLA N. 45

**Distribución por sexo del recién nacido de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007**

Sexo RN	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Femenino	329	51.1	940	49.2
Masculino	309	48.0	951	49.7
No definido	0	0	1	0.1
Sin dato	6	0.9	20	1.0
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El sexo de los neonatos es igual en porcentaje para el sexo femenino, como para el masculino.



7.5.2 Peso del recién nacido

TABLA N. 46

**Distribución por peso del recién nacido de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007**

Peso RN	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
10 - 499	2	0.3	4	0.2
500 - 999	2	0.3	7	0.4
1000 - 1499	3	0.5	13	0.7
1500 - 1999	21	3.3	68	3.6
2000 - 2249	23	3.6	63	3.3
2250 - 2499	51	7.9	153	8.0
2500 - 2749	140	21.8	282	14.8
2750 - 2999	154	24.0	415	21.8
3000 - 3499	205	31.9	686	36.1
3500 - 3999	40	6.2	197	10.4
4000 - 4999	1	0.2	13	0.7
sin dato	0	0	0	0
Totales	642	100	1,901	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

En ambos grupos se evidencia un 16% de bajo peso (<2.500gr), no obstante las mujeres adolescentes presentan un 78% de neonatos con peso normal (2.500 – 3.500 gr.) en comparación al 73% de las mujeres no adolescentes. Así mismo se observa que el 11% de neonatos de mujeres mayores de 19 años, presentan sobrepeso (>3.500gr).



7.5.3 Talla del recién nacido

TABLA N. 47

**Distribución por talla del recién nacido de las mujeres
atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral
Moscoso. Julio – Diciembre 2007.**

Talla al nacer	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
200 - 249	1	0.2	0	0
250 - 299	0	.0	6	0.3
300 - 349	3	0.5	13	0.7
350 - 399	5	0.8	23	1.2
400 - 449	45	7.0	130	6.8
450 - 499	421	65.4	1,176	61.5
500 - 549	164	25.5	537	28.1
550 - 599	2	0.3	5	0.3
600 - 649	0	0	1	0.1
sin dato	3	0.5	21	1.1
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El 90% de los neonatos tienen una talla entre 450mm y 550mm en ambos grupos.



7.5.4 Perímetro cefálico del recién nacido

TABLA N. 48

Distribución por perímetro cefálico del recién nacido de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Perímetro cefálico	Adolescentes		No Adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
150 - 199	1	0.2	1	0.1
200 - 249	4	0.6	7	0.4
250 - 299	9	1.4	33	1.7
300 - 349	456	70.8	1,171	61.2
350 - 399	170	26.4	667	34.9
400 - 449	0	0	2	0.1
450 - 499	1	0.2	7	0.4
sin dato	3	0.5	24	1.3
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Casi el 100% de los neonatos tienen un perímetro cefálico entre 300mm y 400mm en ambos grupos.



7.5.5 Relación entre peso y edad gestacional del recién nacido

TABLA N. 49

Distribución por relación entre peso y edad gestacional del recién nacido de las mujeres atendidas por parto en Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Peso/Edad gestacional	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	599	93.0	1,755	91.8
Pequeño	28	4.3	91	4.8
Grande	7	1.1	28	1.5
Sin dato	10	1.6	38	2.0
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 90% de los neonatos son adecuados para la edad gestacional en ambos grupos estudiados



7.5.6 Puntaje de APGAR al minuto de nacimiento

TABLA N. 50

Distribución por puntaje de APGAR al minuto de nacimiento del Recién Nacido de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

APGAR al minuto	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	7	1.1	22	1.2
1 - 1	0	0	2	0.1
2 - 2	0	0	1	0.1
3 - 3	1	0.2	5	0.3
4 - 4	3	0.5	4	0.2
5 - 5	1	0.2	6	0.3
6 - 6	3	0.5	17	0.9
7 - 7	12	1.9	38	2.0
8 - 8	68	10.6	161	8.4
9 - 9	548	85.1	1,643	85.9
sin dato	1	0.2	13	0.7
TOTALES	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Casi el 100% de los neonatos tienen un APGAR de 9 al primer minuto de vida.



7.5.7 Puntaje de APGAR a los 5 minutos de nacimiento

TABLA N. 51

Distribución por puntaje de APGAR a los 5 minutos de nacimiento del recién nacido de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

APGAR 5 minutos	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
0 - 0	7	1.1	23	1.2
1 - 1	0	0	1	0.1
5 - 5	0	0	4	0.2
6 - 6	2	0.3	3	0.2
7 - 7	1	0.2	3	0.2
8 - 8	4	0.6	18	0.9
9 - 9	622	97.6	1,835	96.6
sin dato	1	0.2	13	0.7
Totales	637	100	1,900	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Casi el 100% de los neonatos tienen un APGAR de 9 a los 5 minutos de vida.



7.5.8 Reanimación del recién nacido

TABLA N. 52

Distribución por reanimación del recién nacido de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Reanimación RN	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	562	87.3	1,598	83.6
Mascara	6	0.9	23	1.2
Tubo	3	0.5	4	0.2
Adrenalina	0	0	1	0.1
Oxígeno	5	0.8	11	0.6
Sin dato	68	10.6	275	14.4
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Solo un 2% de neonatos requirió de algún tipo de reanimación en la sala de parto.



7.5.9 Fallecimiento en sala de parto del recién nacido

TABLA N. 53

Distribución por fallecimiento en sala de parto del recién nacido de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Fallecimiento RN	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	565	87.7	1,625	85.0
Si	0	0	4	0.2
Sin dato	79	12.3	283	14.8
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Se observaron solo 4 casos de muerte neonatal en la sala de parto, que correspondieron a madres no adolescentes.



7.5.10 Alojamiento conjunto

TABLA N. 54

Distribución por alojamiento conjunto del recién nacido de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Alojamiento conjunto	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Hospitalizado	26	4.0	85	4.4
Aloj.conjunto	532	82.6	1,510	79.0
Otro hospital	0	0	3	0.2
Sin dato	86	13.4	314	16.4
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Solo un 4% de los neonatos tuvieron que ser hospitalizados, para ambos grupos de estudio.



7.5.11 Defectos congénitos de los recién nacidos

TABLA N. 55

Distribución por defectos congénitos de los recién nacidos de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Defectos congénitos RN	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No	560	87.0	1,607	84.0
Mayor	0	0	1	0.1
Sin dato	84	13.0	304	15.9
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

No se observaron casos de defectos congénitos en los neonatos en mujeres adolescentes y un solo caso en las mujeres no adolescentes



7.6. Características de egreso del recién nacido

7.6.1 Condición de egreso de los recién nacidos

TABLA N. 56

Distribución por condición de egreso de los recién nacidos de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007.

Condición de egreso de los recién nacidos	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Vivo	521	80.9	1,502	78.6
Fallece	4	0.6	19	1.0
Vivo después trasl.	0	0	1	0.1
Sin dato	119	18.5	390	20.4
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Solo un 0.6% de neonatos falleció luego de permanecer hospitalizado.



7.6.2 Alimento del recién nacido al egreso

TABLA N. 57

Distribución por alimento al alta de los recién nacidos de las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Alimento al alta de los recién nacidos	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
Pecho solo	531	82.5	1,536	80.3
Pecho y artificial	1	0.2	3	0.2
Artificial solo	1	0.2	6	0.3
Sin dato	111	17.2	367	19.2
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

El 80% de los recién nacidos se alimenta de leche materna.



7.7. Características de egreso de la madre

7.7.1 Anticoncepción al egreso

TABLA N. 58

Distribución por anticoncepción al egreso a las mujeres atendidas por parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Julio – Diciembre 2007

Anticoncepción al egreso	Adolescentes		No adolescentes	
	Nº	%	Nº	%
No se hizo	10	1.6	35	1.8
Barrera	0	0	0	0
Diu	3	0.5	3	0.2
Píldora	0	0	1	0.1
Ligadura trompas	12	1.9	125	6.5
Ritmo	0	0	0	0
Otro	0	0	4	0.2
Referida	506	78.6	1,368	71.5
Sin dato	113	17.5	376	19.7
Totales	644	100	1,912	100

Fuente: SIP

Elaboración: Las autoras

Alrededor del 80% de las madres recibió anticoncepción referida al egreso. Un 6% de ligadura de trompas en madres no adolescentes.



8. DISCUSIÓN

En América Latina de los embarazos existentes el 15 al 25 % corresponden a adolescentes, cifra similar a la encontrada en este estudio que fue del 25 %.

En correlación a las cifras publicadas por ENDEMAIN 2004, revela que la raza mestiza en adolescentes en el país es del 80%, la misma se ve representada en nuestro estudio con un 99%.

El nivel de alfabetismo en ambos grupos es alto cercano al 100%, con un proporción próxima al 50% para la educación secundaria; estos valores se correlacionan por el nivel de educación nacional de las adolescentes.

Las mujeres adolescentes tienen un estado civil de predominio unión estable (42.4%), seguido de soltería (28.9%) y casada (26.9%). En cambio en las mujeres no adolescentes se observa un predominio de mujeres casadas (55.8%), seguidas de unión libre (31.7%) y solo un



11.2% de solteras. Para madres adolescentes Fernández L, encontró un predominio de estado civil unión libre del 75%, cifra mayor a nuestra estadística, 17.5% casada y 21.7% solteras.

Alrededor del 93% tanto de mujeres adolescentes como no adolescentes no presenta antecedentes de diabetes, HTA, tuberculosis, preeclampsia previa, cirugía del tracto reproductor, infertilidad, VIH y cardiopatías asociadas a nefropatías.

Aproximadamente el 60% de mujeres adolescentes son primigestas. En tanto que alrededor del 33% de mujeres no adolescentes presentan hasta 5 gestas previas.

El porcentaje de abortos es mayor en mujeres no adolescentes con un 10.5%, en tanto que en las mujeres adolescentes es de apenas un 3.1 %. Cifra menor en relación al estudio de Fernández, que revela un 23.7 % de abortos en adolescentes.



Alrededor del 80% mujeres adolescentes no planificaron su embarazo, cifra relativamente similar a la actitud en mujeres no adolescentes.

En relación a las características del embarazo actual, alrededor del 80% de las mujeres cumplen con las normas establecidas con la OMS en el cuidado del embarazo. Conviene destacar algunos aspectos en las que los controles son deficientes, en nuestro medio como: la realización de papanicolao, la administración de vacuna antitetánica, que un tercio de la población no la ha recibido; falta el registro de los valores de Hb en el carné perinatal, lo que no nos permite en este estudio, obtener estadísticas. Siendo esto una pena ya que en varios artículos citados se evidencia que la Anemia se presenta especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural, como lo es nuestro universo de estudio ya que el déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital



Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. Destacándose esta enfermedad como una de las principales en el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Entre las características del parto en adolescentes, no se encontraron mayores diferencias en relación con la realidad de las madres no adolescentes. Sin embargo es importante recalcar algunos aspectos que son comparativos con un estudio presentado por Díaz en Chile: Las infecciones del tracto urinario estuvieron presentes en el 10.7% de las embarazadas adolescentes de nuestra tesis y el porcentaje presentado en el grupo estudiado por Díaz en adolescentes fue del 13,29%.

El porcentaje de RPM fue apenas del 6 % tanto en mujeres adolescentes como no adolescentes; valor en un 50% menor al encontrado por Díaz en el que el proporción de embarazadas adolescentes que cursaron con una rotura prematura de membranas fue de 14,55%.



Así mismo la presencia de síndrome hipertensivo del embarazo fue mínimo en nuestro estudio, con un 1.6%, en tanto que para Díaz fue 10,75%.

Respecto de la vía de resolución del parto, alrededor de un 80% de la población tiene parto por vía vaginal. Se evidencia un 8% más de partos por cesáreas en mujeres adolescentes en relación a las no adolescentes, lo que corrobora a lo encontrado por Díaz en su estudio.

La presencia de desgarros en mujeres adolescentes fue de un 2.2% y en mujeres no adolescentes de un 5.3%., en tanto que Díaz encontró un porcentaje mayor al nuestro 10.75% en las menores de 19 años.

Un 15% de las embarazadas adolescentes estudiadas tuvo un parto prematuro, cifra que fue casi el doble de la reportada en el grupo de Díaz (8,86%).

Entre las características del recién nacido encontramos que el sexo de los recién nacidos es igual en porcentaje para el sexo femenino, como para el masculino. El bajo peso al



nacer que se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño reportado por varios autores como Issler que concluye que el retardo del crecimiento intrauterino en adolescentes es del 12,02%, y de 5,69% en las embarazadas de 20 a 29 años diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,047$). Mientras que en nuestro estudio en ambos grupos se evidencia un 16% de bajo peso al nacimiento no obstante las mujeres adolescentes presentan el 5% más de neonatos con peso normal en comparación con las mujeres no adolescentes. Así mismo se ve que el 11% de neonatos de mujeres mayores de 19 años, presentan sobrepeso. En cuanto peso y talla más del 90% en ambos grupos se encasillan dentro de los parámetros normales y son adecuados para la edad gestacional. En la investigación realizada por Díaz en Chile se encontró que: el porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional fue mayor en el grupo de estudio que en el grupo control, obteniéndose cifras de 12,02% y



6,96%, respectivamente. Los niños adecuados para la edad gestacional fueron similares en ambos grupos; con un 82,91% para los del grupo de estudio y un 86,70% para los controles. En cuanto a los recién nacidos grandes para la edad gestacional, el porcentaje en las embarazadas adolescentes fue de 5,06% y en las embarazadas de 20 a 29 años, de 6,32%. La frecuencia de recién nacidos de bajo peso en las adolescentes embarazadas fue el doble a las encontradas en el grupo control, con porcentajes de 6,32% y 3,16%, respectivamente ($p= 0,18$).

La condición vital de los neonatos al minuto y cinco minutos de vida fue óptima en ambos grupos de estudio en nuestra tesis y solo un 2% de neonatos requirió de algún tipo de reanimación en la sala de parto.

Finalmente en las Condiciones de Egreso neonatal y materno podemos destacar lo siguiente, en nuestro país según la encuesta de Endemain 2004 el 87.7% de las adolescentes han tenido hijos vivos y el 0.7% hijos



muertos. En nuestro trabajo de investigación se vio también que menos del 1% de los neonatos fallecieron al momento del egreso tanto en mujeres adolescentes como no adolescentes

No se observaron defectos congénitos en los neonatos en ninguno de los dos grupos. Cuatro de cada cinco niños son dados de alta del Servicio de Maternidad alimentándose exclusivamente de seno materno.

Alrededor del 80% de las madres recibió anticoncepción referida al egreso y existió un 6% de ligadura de trompas en madres no adolescentes.



9. CONCLUSIONES

El 25% de mujeres atendidas por parto, es adolescente, con predominio de raza mestiza, cursan la secundaria y permanecen en unión estable.

La gran mayoría de mujeres adolescentes no presenta antecedentes patológicos ni personales ni familiares.

Respecto a antecedentes obstétricos en general las adolescentes son primigestas que no planificaron su embarazo, y en mayor proporción no tienen experiencia de abortos previos.

En relación a las características del embarazo actual, en general las mujeres cumplen con las normas establecidas con la OMS en el cuidado del embarazo.

Entre las características del parto en adolescentes se concluye que la vía de resolución del parto es la vía vaginal, existe mayor porcentaje de cesáreas en relación a



las no adolescentes. No se evidencia cifras bajas de complicaciones.

En general las características neonatales estuvieron dentro de los parámetros normales. La mortalidad fue menor del 1%.

Las condiciones de egreso neonatal y materno fueron buenas.

No existe mayor diferencia estadística entre la realidad de las madres adolescentes con las no adolescentes.

En el Hospital Vicente Corral Moscoso existen grandes deficiencias en la recolección de datos e ingreso de los mismos en el SIP, lo que dificulta enormemente la obtención de información estadística.



10. RECOMENDACIONES

Crear un organismo especializado en la atención a la adolescente embarazada, no solo para realizar una vigilancia biológica de su estado, sino para ayudar a sobrellevar las consecuencias psicosociales que esto implica.

Se recomienda concienciar al personal correspondiente sobre la importancia estadística del llenado del formulario del CLAP e ingreso de datos en el SIP.

Llenar los datos adecuadamente en el registro del CLAP, en el momento del ingreso de las pacientes al servicio, así como al egreso de la madre y recién nacido.



CAPÍTULO X

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Shwarz R. atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Publicaciones científicas del CLAP. # 1234. OPS/OMS; 2000.
- 2) *Ahued-Ahued J., Lira-Plascenci J., Simón-Pereira L.,* La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. 2001.
- 3) Jago S, Zapatero M. maternidad Juvenil. Zaragoza: Colección de estudios. Zaragoza. 2001.
- 4) Cabezas E., Mortalidad Materna y perinatal en adolescentes, 2002; URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v28n1/gin01102.pdf>.
- 5) ENDEMAIN 2004, disponible en: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm
- 6) Ministerio de Salud Pública del Ecuador, disponible en <http://www.msp.gov.ec/images/partos.pdf>
- 7) HVCM, Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2008
- 8) Simón PL. Planificación familiar en adolescentes. *Asoc Mex Med Reprod* 2001; 3:2-5.



- 9) Pelaez MJ. Adolescente embarazada: características y riesgo. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2000, 23 (1:413 - 7).
- 10) SISTEMA INFORMATICO PERINATAL para Windows e Internet Manual resumido. Publicación Científica del CLAP 1524 Montevideo - URUGUAY julio 2003.
- 11) Chalmers, B. et all. Principios de la OMS acerca del cuidado perinatal. 2001. disponible en: <http://www.doulas.es/oms.html>
- 12) Schwarcz, R. Fescina, R. Obstetricia. 6ta edición. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. Argentina 2005. Págs: 172-175, 302-303, 644-653.
- 13) Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford:Update software.
- 14) Mahomed K, Gülmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. Oxford: Update Software.
- 15) Neilson JP, Mistry RT. Fetal electrocardiogram plus heart rate recording for fetal monitoring during labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- 16) Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library , 1, 2002.



- 17) McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- 18) Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- 19) Cunningham, F. et All. Williams Obstetricia. 21a edición, ed. Médica panamericana. Madrid España 2005. Págs.: 487-533.
- 20) Organización Mundial de la Salud. Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. OPS/OMS, Noviembre 2002.
- 21) García BJ, Figueroa PJG. Características reproductivas de las adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. Salud Pública Mex 2003.
- 22) Fernandez LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm
- 23) Tavera Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol Obstet Perú. 2004;50(2):111-122.



24) UNFPA 2005, ESTADO DE LA POBLACIÓN 2005,
CAPITULO 5. DISPONIBLE EN

<http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch5/index.htm>

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas)

25) Romero Maciel MA, Cuenca EN, López GM, Rosales CS. Anemia y control del peso en embarazadas. Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina. 2005;143:6-8

26) Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. 2001;107:11-23

27) López JI, Lugones Botell M, Valdespino LM, Virilla Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. RCOG [en línea] 2004 [18 de octubre de 2005]; 30(1). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm

28) León Carmona JC, Hernández Alvarez LAI, Hernández hernández AC. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república Mexicana. Ginecol Obstet Mex. 2002;70(7):320-327.

29) Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol obstet Mexico. 2002;70(6):270-274.

30) Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un



hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(2).

31) Zelaya MB, Godoy AC, Esperanza LM. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2003;125:1-6.

32) Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. RCOG [en línea] 2005 [25 de noviembre de 2005]; 31(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm

33) Díaz A, Sanhueza P, Yaksic, Riesgos Obstétricos. En el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas, REV CHIL OBSTET GINECOL 2002; 67(6): 481-487. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext&tlng=en



CAPÍTULO XII

12. ANEXOS

12.1 Operacionalidad de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Edad en años	Tiempo que la persona ha vivido a contar desde que nació.	Años	Formulario	Entre 10 y 14 Entre 15 y 16 Entre 17 y 19 Sin dato
Raza	Grupo de individuos que perteneciendo a la misma especie presentan una particular combinación de caracteres físicos normales hereditarios y	Fenotipo	Formulario	Blanca Indígena Mestiza Negra Otra Sin dato



	variables dentro de unos límites determinados.			
Estudios	Nivel académico alcanzado por la madre hasta el día del parto.	Estudios formales	Formulario	Ninguno Primaria Secundaria Universidad Sin dato
Estado civil	Condición legal de las personas respecto del matrimonio.	Social Legal	Formulario	Casada Unión estable Soltera Otro Sin dato
Antecedentes familiares	Enfermedades o condiciones que los familiares tengan o hayan tenido.	Diagnóstico médico	Formulario	Diabetes Tuberculosis Hipertensión Preeclampsia Eclampsia Otros Sin dato



Antecedentes personales	Enfermedades o condiciones que la adolescente tenga o haya tenido.	Diagnóstico médico	Formulario	Diabetes Tuberculosis Hipertensión Preeclampsia Eclampsia Cirugía del tracto reproductivo Infertilidad VIH Cardiopatías Nefropatías Condición médica grave Otros Sin dato
Gestaciones previas	Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo	Obstétricos	Formulario	1 2 3 4



	en el seno materno			5 Sin dato
Abortos previos	Todas las expulsiones del feto antes de terminar la gestación	Obstétricos	Formulario	1 2 3 4 5 6 Sin dato
Partos Previos	Proceso comprendido entre la dilatación y expulsión del feto.	Obstétricos	Formulario	1 2 3 4 5 6 7-9 10-15 Sin dato
Partos vaginales	Si las gestas anteriores han terminado por parto vaginal.	Obstétricos	Formulario	1 2 3 o más Sin dato
Cesáreas	Si las gestas anteriores han	Obstétricos	Formulario	1 2



	terminado por parto cesárea.			3 4 Sin dato
Nacidos vivos	Número de hijos que nacieron vivos	Obstétricos	Formulario	1 2 3 o más Sin dato
Nacidos muertos	Número de hijos que nacieron muertos	Obstétricos	Formulario	1 2 3 o más Sin dato
Embarazo planeado	Completar "si " cuando por el interrogatorio, la madre dice que lo planeó; marcar "no", en caso contrario.	Obstétricos	Formulario	Si No Sin dato
Fracaso del método anticonceptivo	Se entiende por fracaso si la mujer estaba usando algún método anticonceptivo	Ginecológicos	Formulario	No usaba Condón DIU Hormonal Natural Sin dato



	en el momento de la concepción.			
Talla	Talla en centímetros de la adolescente, de pie y descalza.	Antropométricos	Formulario	Talla baja Talla normal Talla alta Sin dato
EG confiable por FUM / ECO<20 s	Consignar si la Edad Gestacional (EG) es confiable por FUM o por ecografía realizada antes de las 20 semanas.	Obstétricos	Formulario	Si No Sin dato
Cigarrillos por día	Se considera el hábito practicado durante la actual gestación.	Clínicos	Formulario	No fuma Uno o más Sin dato
Alcohol	Marcar "si"	Clínicos	Formulario	Si



	cuando la ingesta diaria es mayor que el equivalente a dos vasos de vino por día.			No Sin dato
Drogas	Marcar "si" cuando utiliza alguna sustancia, no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia.	Clínicos	Formulario	Si No Sin dato
Antitetánico a 1^{era} dosis	Si está previamente vacunada y no han transcurrido aún 10 años desde la vacunación, marcar la casilla "si". Si no fue	Preventiva	Administración de la vacuna	No se puso Previa al embarazo En el embarazo Sin dato



	vacunada previamente y se vacuna durante la gestación, anotar en la casilla "1ª" el mes de gestación en que se le administró la primera dosis.			
Antitetánico a 2^{da} dosis	Marcar en "2ª" el de la segunda dosis y el mes de gestación en que se le administró	Preventiva	Administración de la vacuna	No se puso Previa al embarazo En el embarazo Sin dato
Examen normal (odonto/m amas/cérvix)	Marcar el casillero "si" cuando el resultado del examen sea normal y el casillero "no"	Clínico- ginecológico	Formulario	Si No Sin dato



	cuando se detecte alguna anomalía.			
Bacteriuria	Consignar si su resultado fue negativo (-), positivo (+). Se registra en el momento en que tiene un primer resultado de examen de laboratorio o tirilla reactiva para bacterias.	Clínico	Formulario	Positivo Negativo No se hizo Sin dato
Grupo sanguíneo y Factor Rh	Grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O). Para "Rh" y para "sensibilización" marcar las casillas correspondiente	Obstétrico	Examen de sangre	A B AB O Sin dato Rh + Rh - Sin dato



	s; si la paciente se encuentra inmunizada "si" o "no" si no lo está.			
Papanicola o	Prueba de laboratorio usando un frotis de cuello uterino.	Ginecológico o	Formulario	Si No Sin dato
VIH solicitado	Marcar si fue solicitado ("si") o no ("no").	Clínico Obstétrico	Formulario	Si No Sin dato
VDRL/RPR <20 sem	Consignar si el resultado de la VDRL o RPR realizado antes de las 20 semanas fue negativo, positivo o si no se solicitó.	Clínico Obstétrico	Formulario	Positivo Negativo No se hizo Sin dato
VDRL/RPR > = 20 sem	Consignar si el resultado de la VDRL o RPR	Clínico Obstétrico	Formulario	Positivo Negativo No se hizo



	realizado a las 20 semanas o más fue negativo (-), positivo (+) o si no se solicitó (no se hizo).			Sin dato
Hemoglobina < 20 sem	Consignar el valor en gramos por 100 mililitros de hemoglobina realizada antes de las 20 semanas; si es menor a 11.0 g marcar el casillero amarillo.	Clínico Obstétrico	Formulario	Menor a 11,0 gr Mayor a 11,0 gr Sin dato
Fe/Folatos administrados	Indicar "si" cuando son prescritos durante la gestación, se anota "no" si en	Clínico Obstétrico	Formulario	Si No Sin dato



	el momento del parto se constata que no fueron indicados			
Consultas Prenatales	Marcar el número total de consultas prenatales realizadas por la paciente.	Obstétrico	Formulario	1 a 4 5 o + Sin consultas Sin dato
Carné perinatal	Consignar si la paciente presentaba o no Carne Perinatal, marcando "Si" o "No" según corresponda	Obstétrico	Formulario	Si No Sin dato
Hospitalización en embarazo	Indicar los días totales de internación de la paciente, si corresponde.	Obstétrico	Formulario	Si No Sin dato
Inicio	Indicar si el inicio del trabajo de parto fue	Obstétrico	Formulario	Espontáneo Inducido Cesárea



	"espontáneo", "inducido", o "cesárea electiva", marcando el casillero correspondiente			electiva Sin dato
Ruptura de membranas antes de parto	Este ítem se refiere a la presencia de ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto (una hora antes del inicio del trabajo de parto). Se marca "no" en caso de estar indemnes; "si" si se encuentran rotas. Indicar el día, de la	Obstétrico	Formulario	Si No Antes de las 37 SG Luego de las 37 SG Menos de 18 hrs Mayor de 18hrs Sin dato



	ruptura de las membranas así como la hora y los minutos en los cuales se produjo. Marcar "<37 sem" si la edad gestacional al momento de la ruptura era menor de 37 semanas, si el tiempo de ruptura es mayor o igual a 18 horas marcar "18hs".			
Edad gestacional al parto	Indicar la edad gestacional de la paciente al momento del parto en semanas y días consignando si	Obstétrico	Formulario	Menor de 37 SG Entre 37 y 41 SG Mayor de 41 SG Por FUM



	fue calculada por FUM o por ECO; Si no es confiable no se registra.			Por ECO Sin dato
Presentación	Cefálica, pelviana o transversa	Obstétricos	Formulario	Cefálica Pelviana Transversa Sin Dato
Patologías maternas	Marcar las patologías del embarazo, parto y puerperio que correspondan, a medida que se vayan realizando los diagnósticos. Si se marca "ninguna", el resto de los casilleros quedará vacío. En caso de existir alguna,	Obstétricos	Formulario	- Ninguna - Hipertensión previa - Hipertensión inducida por el embarazo - Preeclampsia - Eclampsia - Cardiopatía - Neuropatía



	marcar el casillero amarillo correspondiente y marcar en blanco los demás casilleros			a - Diabetes grado I, II, G - Otra condición grave - Corioamn ionitis - Infección urinaria - Amenaza de parto prematu o - R.C.I.U. - Ruptura prematu a de membran as - Hemorra gias del 1er, 2do, 3er
--	---	--	--	---



				trimestre o posparto - Infección puerperal
Nacimiento	Consignar si se produjo el nacimiento vivo indicando en el casillero correspondiente . En caso de muerte intrauterina marcar el casillero que indique el momento en que se produce la muerte: "anteparto", "intraparto" o "se ignora el momento".	Obstétricos	Formulario	Vivo Muerto Anteparto Parto Ignora momento Sin dato
Parto	Anotar el orden	Obstétricos	Formulario	Si



múltiple	del nacimiento en el casillero que aparece junto a esta alternativa, indicando también el número de fetos.			No Sin dato
Terminación	Marcar el casillero que corresponda según la forma de terminación, "espontánea", "cesárea", "fórceps", "vaccum", "otra".	Obstétricos	Formulario	Espontánea Fórceps Cesárea Vaccum Otra Sin dato
Episiotomía	Marcar "si", si se realizó y "no" si no se realizó.	Obstétricos	Formulario	Si No Sin dato
Desgarros	En caso de producirse desgarros	Obstétricos	Formulario	1ero grado 2do grado 3ero grado



	durante el parto marcar en el casillero correspondiente a "Grado (1 a 4)" el grado. En caso negativo marcar "no".			4to grado No Sin dato
Ocitócicos en alumbramiento	Marcar el casillero que corresponda, si se utilizó ocitocina, otro o si no se utilizó	Obstétricos	Formulario	Ocitocina Otro Ninguno Sin dato
Ligadura del cordón	Indicar si el tiempo entre nacimiento y ligadura del cordón fue precoz menor de 30 segundos, si fue tardía mayor a 30	Obstétricos	Formulario	Menos de 30 seg. Mayor de 30 seg. Sin dato



	segundos			
Sexo del recién nacido	Marcar el casillero que corresponda. "Femenino", "Masculino" o "No definido" cuando clínicamente no se pueda definir.	Fenotipo	Observación	Femenino Masculino No definido Sin dato
Peso del recién nacido	El del niño desnudo, en gramos.	Antropométrico	Balanza	Menor de 2.500gr Entre 2.500 y 4.500gr Mayor de 4.500gr Sin dato Sin dato
Longitud	Longitud del niño desnudo en centímetros.	Antropométrico	Tallímetro	Menor de 48cm Entre 48 y 52cm Mayor de 52cm Sin dato



Perímetro cefálico	Medición de la circunferencia craneana en centímetros.	Antropométrico	Cinta métrica	Menor de 34 cm Entre 34 y 36 cm Mayor de 36 cm Sin dato
Peso para edad gestacional	Se refiere al que resulta del uso de una curva patrón de peso según edad gestacional. El peso puede resultar "adecuado", "pequeño" o "grande" para la edad gestacional.	Clínico-Neonatal	Tabla de Lubchenko-Bataglia	Adecuado Pequeño Grande Sin dato
APGAR.	Valor del puntaje de Apgar al 1er. y 5° minuto de vida.	Clínico-Neonatal	Formulario	1-3 4-6 7-10 Sin dato



Reanimación	Marcar la opción de acuerdo a si fue necesario asistir al recién nacido con oxígeno, máscara, tubo, masaje cardíaco o adrenalina	Clínico-Neonatal	Formulario	Oxígeno Máscara Tubo Masaje Adrenalina Sin dato
Fallece en sala de parto	Indicar "si", si el recién nacido fallece en la sala de parto; en caso contrario marcar "no".	Clínico-Neonatal	Formulario	Si No Sin dato
Referido	Se consignará el destino del recién nacido luego de su recepción. Si es enviado a sala con la madre, se marcará "aloj.	Clínico-Neonatal	Formulario	Alojamiento conjunto Hospitalizado Otro hospital Sin dato



	conjunto"; si se envía a CTI o CI dentro del mismo hospital donde nació, marcar "hosp"; si es referido a otro Centro Hospitalario, marcar "otro hosp".			
Defectos congénitos	Se dejarán consignados si el RN presenta defectos congénitos o no. En caso de no presentarlos se marcará "no". Si los presenta se clasificarán en menores y mayores, marcando la opción que	Clínico Neonatal	Formulario	No Menor Mayor Sin dato



	corresponda.			
Condición del egreso	Se considera el EGRESO la fecha del último día de la hospitalización neonatal vivo o fallecido.	Clínico-Neonatal	Formulario	Vivo Vivo después del traslado Fallece Fallece después del traslado Sin dato
Lactancia	Indicar si hay lactancia al momento del alta. Marcar "exclusiva" si no recibió ningún alimento distinto a la leche humana; "parcial" cuando se alimentó además de con leche humana con fórmulas;	Clínico-Neonatal Obstétrico	Formulario	Exclusiva Parcial Fórmula Sin dato



	"fórmula" cuando se alimentó con fórmulas.			
Anticoncepción	Marcar la alternativa que corresponda de acuerdo con el método anticonceptivo elegido.	Ginecológico o	Formulario	Ninguna Referida Condón DIU Hormonal Ligadura tubárica Natural Otros



12. 2 Formulario del SIP

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP-OPCIONES

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** día ____ mes ____ año ____

DOMICILIO: _____ **RAZA:** blanca negra mestiza negra otra

LOCALIDAD: _____ **TEL:** _____ **ALTA BETA:** si no

ESTUDIOS: ninguno primaria secundaria universitaria otros

ESTADO CIVIL: casado soltero viudo otro

CONTROL PRENATAL EN: _____ **PARTO EN:** _____

NUMERO DENTAL: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES: no si

PERSONALES: no si

OBSTETRICOS: no si

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día ____ mes ____ año ____

EMBARAZO PLANEADO: si no

FRACASO METODO ANTICONCEPCION: no si

GESTACION ACTUAL

PERO ANTERIOR: _____ **TALLA (cm):** _____

EG CONFIABLE por FUJ: no si **MOVIM. FETALES desde:** _____

CESARIANOS POR DIA: _____ **ALCOHOL:** no si

ANTITETANICA: no si **ANTIRUBELLA:** no si

EX NORMAL ODONT.: no si **MAMAS:** no si

CERVIX: no si

BACTERIURIA: no si **GRUPO Rh:** + -

PAPANICOLAOU: no si **VIH:** no si

VDRL/RPR <20 sem: no si **SIFILIS:** no si

VDRL/RPR >20 sem: no si **Hb <20 sem:** no si

FOLATOS: no si **Hb >20 sem:** no si

ESTREPTOCOCC B: no si **PELVIANA:** no si

PARTO / ABORTO

FECHA DE INGRESO: día ____ mes ____ año ____ **CARNE:** no si

CONSULTAS PRENATALES: no si **HOSPITALIZ. en EMBARAZO:** no si

CORTICOIDES ANTERNALES: no si **INICIO:** espont. cesaria otro

RUPTURA MEMBRANAS ANTERPARTO: no si **EDAD GEST. al parto:** _____

TRAYECTORIA DE PARTO

FECHA DE NACIMIENTO: día ____ mes ____ año ____ **MUERTO:** no si

ACOMPANANTE: no si **POSICION PARTO:** _____

DESARROLLO: no si **OCCLUSIONES EN ALIMENTACION:** no si

PLACENTA COMPLETA: no si **LIBADURA CORDON:** no si

RECIBIDO NACIDO

SEXO: masculino femenino **PESO AL NACER:** _____

PER. SERVICIO: _____ **EG CONFIABLE:** no si

PESO E.G.: _____ **APGAR:** no si

FALLECE en SALA de PARTO: no si

ATENDIDO: no si

DEFECTOS CONGENITOS: no si

ENFERMEDADES: no si

TAMIZAJE NEONATAL NORMAL: no si

PUERPERIO: no si

EGRESO RN

EGRESO MATERNO

ANTIRUBELLA POST PARTO: no si

ANTICONCEPCION: no si

NUMERO DENTAL: _____ **Responsable:** _____



Historia Clínica Perinatal (reverso)

CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
00 GESTACION MULTIPLE	O30	00 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS MALINAS	P22.0
01 HIPERTENSION PREVIA	O10	01 ANEMIAS ASPRATIVOCES	P24
02 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	02 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
03 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	03 OTROS BDR	Q26.0, P20.3, P28, P29, P22, P27
04 PRECLAMPSIA	O13, O14	04 Ductos arteriales persistentes	Q26.0
05 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	05 Persistencia de la circulación fetal	P28.0
06 Preeclampsia leve	O16.0	06 Neumonia congénita	P29
07 Preeclampsia severa y eclampsia	O16.4	07 Neumonia y síndrome intracraneal	P29.2
08 Hipertensión previa con proteinuria subaguda	O11	08 Neumonías y síndromes intracraneales	P29
09 ECLAMPSIA	O16	09 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P22.1
10 CARDIOPATIA	Z86.7	10 HEMORRAGIAS	
11 DIABETES	O24	11 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P63
12 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	12 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P25
13 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	13 Hemorragia intracerebral (excluye las crónicas con hemorragia intracerebral)	P61
14 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	14 HEMORRAGIAS PNEUMONICAS	
15 Test de tolerancia a la glucosa anormal	O24.0	15 Enfermedad hemorrágica por inmunización Rh	P65.0
16 INFECCION UTERINA	O23.0-O23.4	16 Síndrome de Rubella congénita (SRC)	P35.5
17 Bacteriuria asintomática del embarazo	R62.7	17 Infección neonatal asociada a parto de pretérmino	P36.0
18 OTRAS INFECCIONES	O08, O09, O50-O54, A80	18 HEMATOLOGICAS (excluye P60-P69)	P60-P61
19 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O22.6	19 Policitemia neonatal	P61.1
20 Sífilis complicando EPP	O98.1	20 Anemia congénita	P61.3
21 Gonorrea complicando EPP	O98.2	21 Otras afecciones hematológicas	(P36-P38, A06, G00, A84, 3)
22 Malaria	B01-B94	22 INFECCIONES	
23 Infección herpética anogenital (herpes simple)	A60	23 Difteria	G00
24 Hepatitis viral	O98.4	24 Botulismo	P38
25 TBC complicando EPP	O98.0	25 Tetanos	P36.1, A54.3
26 Rubéola complicando EPP	B06.0, B04.8 y B04.9	26 Sillas congénitas	P38.4, I10.0
27 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.6	27 Infección de la piel del recién nacido	P38
28 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	28 Septicemia	(resto de P40-P49)
29 ANEMIA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	D80	29 Enterocolitis necrotizante (ECH)	P77
30 Incompetencia cervical	O64, O65	30 Tetanos neonatal	A83
31 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, O66	31 Sífilis congénita	A60
32 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64, O65, O66	32 Enfermedades congénitas víricas	P35
33 Parto obstructivo debido a anomalía pélvica anómala	O65	33 Síndrome de Rubella congénita (SRC)	P35.5
34 Otras partes obstructivas por causa fetal	O66	34 Citomegalovirus (CMV)	P36.1
35 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20	35 Toxoplasmosis congénita	P37.1
36 Mola hidatiforme	O01	36 HIV positivo	R75
37 Aborto espontáneo y aborto retardado	O02.1, O03	37 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P40-P49)
38 Embarazo ectópico	O03	38 NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
39 Aborto inducido y terapéutico	O08, O04	39 Hipercolesterolemia	G01
40 Anemia de aborto	O23.0	40 Leucocitosis periventricular y cerebral	P81.1, P81.2
41 HEMORRAGIA DEL 2° Y 3° TRIMESTRE		41 Trauma obstétrico con lesión intracerebral, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
42 Placenta previa con hemorragia	O44.1	42 Hemorragia intracerebral no traumática	P32
43 Desprendimiento prematuro de placenta	O45	43 Convulsiones	P40
44 Hemorragia anteparto con delirio de la coagulación	O44.0	44 Encefalopatía hipóxico-isquémica	P21
45 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1	45 Otras afecciones del estado cerebral	P81
46 Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.2	46 METABOLICA/NUTRICIONAL	
47 ANEMIA	O71.3	47 Síndrome de "hijo de diabético"	P70.0, P70.1
48 Anemia por deficiencia de hierro	O60	48 Hipoglucemia	F70.3, P70.4, E16.2
49 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	49 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P76-P78
50 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	50 OTRAS PATOLOGIAS RM	
51 INFECCION PUERPERAL	O86, O85	51 Radiografía de la prematuridad	I60
52 Sepsis puerperal	O86	52 Hernia inguinal	I60
53 Infección urinaria asociada al nacimiento	O81	53 Síndrome de fallo por frío	P80.0 (excluye Hipotermia leve P80.8)
54 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72		
55 Placenta retenida	O72.0, O72.2		
56 Utero atónico	O72.1		
57 Laceraciones perineales de 1°, 2° y 3° grado	O73.0, O73.1		
58 Laceraciones perineales de 3° y 4° grado	O73.2, O73.3		
59 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAES	O73.0, O73.1, O73.2, O73.3 (resto de O00-O99)		
60 Placenta previa sin hemorragia	O44.0		
61 Hipertensión gravídica	O21		
62 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O28.6, O28.8 (condiciones en N00-N99)		
63 Dependencia de drogas	F10-F19		
64 Sullimiento fetal	O85		
65 Policitemia	O40		
66 Oligoemia (sin mención de ruptura de membranas)	O49		
67 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O81.0		
68 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74		
69 Embarazo obstructivo	O80		
70 Falta de cierre de la herida de cesárea	O80.0		
71 Falta de cierre de la episiotomía	O80.1		
72 SIDA	B20-B24		
73 HIV positivo	R75		
74 Neoplasia maligna del cuello uterino	C83		
75 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C80		

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa
02 Sullimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas
03 Desproporción cefalo-pelvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa
05 Parto prolongado	18 Abrupto placentaria
06 Frenado de la inducción	19 Ruptura uterina
07 Deseo de cesárea de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital
09 R.C.L.I.L.L.	22 Condilomatoso perianal
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas
11 Parto de posttérmino	24 Muerto fetal
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta
13 Posición posterior	26 Otro

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Lidocaina o similar	15 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Anestésicos simpaticolíticos	16 Anticoagulantes del calcio
03 Anestésicos (paralítico-flumazenil-ox. nitroso)	17 Suero de magnesio
04 Barbitúricos	18 Hidrocloruro
05 Relajantes musculares	19 Beta bloqueantes
06 Diuréticos	20 Otros antihipertensivos
07 Morfina	21 Sangre y derivados
08 Espasmolíticos	22 Heparina
09 Oxicodona	23 Corticoides
10 Prostaglandinas	24 Cardiotónicos
11 Salicilatos (Paralítico-oxitriptina)	25 Diuréticos
12 Anticoagulantes (gentamicina-aminocaproico)	26 Antieméticos
13 Eritrocina	27 Insulina
14 Metformina	28 Diuréticos/osmóticos
15 Betamimeticos	29 Otro

ANOMALIAS CONGENITAS	
129 Amocelosis	Q00.0
130 Epifa bilid/hidrogocose	Q06, Q07.0
131 Hidromielosis	Q04.3
132 Hidrocefalia	Q08
133 Microcefalia	Q02
134 Hidroproencefalia	Q04.2
135 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q08
136 Tronco arterioso	Q20.0
137 Transposición grande vasos	Q20.3
138 Tetralogía de Fallot	Q21.3
139 Ventriculo Órbita	Q20.4
140 Doble tracto de aorta de vent. derecho	Q20.1
141 Canal aórtico, completo	Q21.2
142 Atresia pulmonar	Q22.0
143 Atresia tricúspide	Q22.4
144 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
145 Comunicación de aorta	Q26.1
146 Rotura de la válvula aórtica	Q26.2
147 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24, 25, 34
148 Paladar hendido	Q36
149 Fístula traqueo-esofágica	Q30.1
150 Atresia esofágica	Q30.0, Q30.1
151 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.3, 42.8
152 Ano imperforado	Q42.3
153 Criptoquid	Q79.2
154 Gastroquid	Q79.3
155 Atresia duodenal	Q81.0
156 Atresia yeyunal	Q81.1
157 Atresia ileal	Q81.2
158 Otras anomalías gastrointestinales	Q40, 43, 45
159 Genuflexión bilateral	Q60-68
160 Agnosia Renal bilateral	Q61.1-61.3
161 Riñones poli o multiquísticos o dilatados	Q62.0
162 Hiperostosis congénita	Q84
163 Síndrome de la vagina	Q69.64
164 Otras anomalías reproductivas	Q69.64
165 Trisomía 13	Q91.4, Q91.5, Q91.6
166 Trisomía 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
167 Síndrome de Down	Q90
168 Otras anomalías cromosómicas	Q82, 87-89
169 Labio hendido	Q38
170 Paladar hendid	Q39
171 Sindactilia	Q70
172 Síndactilia	Q71-79
173 Dactilomielomelia	Q86.8
174 Pseudopoda (Pis Bol)	Q76.0
175 Hernia (Dilatación)	P56, P58.2
176 Hipoplasia testicular	P01.2
177 Oligospermio severo	Q84, 74, 75, 78
178 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q82, 84
179 Anomalias tegumentarias	