



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

“CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUEPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN  
NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL  
MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA. MARZO - MAYO DEL 2008”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MÈDICO

**AUTORES:**

MARIA FERNANDA ARIAS CARRILLO  
RICARDO ADOLFO GANZINO RODRIGUEZ

**DIRECTOR:**

Dr. Jaime Ñauta B.

**ASESOR**

Dr. Jaime Ñauta B.

**Cuenca – Ecuador**

**2009**



## Resumen.

### Objetivo

Identificar los riesgos maternos y fetales de mujeres embarazadas de 10 a 19 años.

### Material y métodos

Estudio de cohorte prospectiva. Universo: embarazadas de 10 a 19 años y de 20 a 29 años del departamento de Obstetricia, Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca, Marzo a Mayo del año 2008. Muestra: 391 parturientas. Unidad de análisis: ficha clínica y formulario CLAP. Se registró el nivel de instrucción, estado civil, y paridad, se valoró el tipo de parto, procedimientos durante el parto, patologías, número de fetos. Se clasificó según peso, talla, edad gestacional, Apgar, perímetrocefálico, patología, necesidad de reanimación y destino del recién nacido.

### Resultados

La prevalencia del embarazo en adolescentes es de 34.53%. El 46.21% tiene nivel de instrucción primaria. Unión libre 42.42%. Primigestas 65.90%. Parto vaginal 71%. Cesárea 29%. La adolescencia constituye factor de riesgo para la prevalencia de episiotomía (RR: 2.123), así mismo para la eclampsia (RR: 11) y hemorragias del primer trimestre (RR 3.775), no así, es factor protector para amenaza de parto pretérmino (RR 0.95). El recién nacido el 71.21% es adecuado, 24.24% es pequeño, el 4.54% es grande para la edad gestacional. La adolescencia es factor de riesgo para la talla baja del recién nacido (RR 1.436), microcefalia (RR 1.304), Apgar al quinto minuto menor de 73.78%. La adolescencia se asocia a mayor incidencia enfermedad de membrana hialina (RR 4.50). El 10.60% de recién nacidos de madres adolescentes ingresó a neonatología.

**Palabras clave:** Embarazo adolescente, Complicaciones maternas y perinatales.



## Abstract

### Objective

To identify maternal and fetal risks from 10 to 19 year-old pregnant women.

### Material and methods

Prospective cohort study. Universe: 10 to 19 year-old and 20 to 29 year-old pregnant from the Department of Obstetrics, Vicente Corral Moscoso Hospital – Cuenca, March to May 2008. Sample: 391 parturients. Analysis Unit: clinic sheet and CLAP form. The level of instruction, status and parity were registered. The type of labor, procedures during the labor, pathologies and number of fetus were valued, It was classified according their weight, height and gestational age. Apgar, cephalic perimeter, pathology, necessity of resuscitation and fate of the newborn.

### Result

Prevalence of pregnant adolescents 34,53 %. Level of instruction 46.21 %. Free union 42.42 %. Primigravit 65,90 %. Vaginal labor 71 %. Cesarean 29 %. Adolescence constitutes factor of risk in prevalence of episiotomy (RR: 2.123), also eclampsia (RR: 11) and bleeding in the first quarter (RR 3.775), so it is protective factor to treat preterm labor (RR 0.95). 71,21 % newborn is appropriate, 24,24 % is short, 4,54 % is great for the gestational age. Adolescence is factor of risk in low weight of newborns (RR 1.436), microcephaly (RR 1.304), Apgar to the fifth minute less 73,78 %. Adolescence is associated to higher incidence membrane disease hyaline (RR 4.50). 10,60 % of newborn from adolescent mothers were admitted to neonatal.

**Key words:** Pregnancy Adolescent, Maternal and perinatal complications



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

	Página
Responsabilidad	4
Agradecimiento	5
Dedicatoria	6
Introducción	7
Planteamiento del Problema	9
Justificación y uso de los resultados	13
Fundamento Teórico	14
Hipótesis	29
Objetivos de la Investigación	30
Metodología	31
Resultados	33
Discusión	47
Recomendaciones	48
Referencias Bibliográficas	52
Anexos	55



### **Responsabilidad.**

Los autores se hacen responsables por el uso debido de los datos recogidos de los formularios del CLAP y de las historias clínicas de las madres embarazadas del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso previa la autorización de la institución y de las madres.

Así como del material bibliográfico y de los resultados que se exponen a continuación.



### **Agradecimiento.**

Al Dr. Jaime Ñauta por su dedicación y apoyo  
incondicional en la realización del presente  
trabajo de investigación.

Al Dr. Jaime Morales por compartir sus  
valiosos conocimientos.



## Dedicatoria.

*A Dios*

*Que diariamente ilumina  
nuestras mentes y corazones  
para brindar una mejor  
atención a las gestantes.*

*A todas esas madres que confian lo más hermoso  
de la vida en nuestras manos.*

*Fernanda*

*A mi madre, Marianita, ejemplo de esfuerzo,  
trabajo y sacrificio.*

*A mis hermanos por el apoyo brindado.*

*Ricardo*

*A mis padres y hermanos por la fuerza y el  
ejemplo que me brindan para seguir adelante.*

*A la mujer que con su entrega y amor me da la  
fuerza para levantarme cada día, Fernanda.*



## INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, y que mundialmente se encuentra en aumento debido a que la proporción de adolescentes sexualmente activas cada vez es mayor, así como las condiciones socioculturales que determinan el aumento de su prevalencia.

En los países de América Latina y el Caribe, como también en algunos países desarrollados, el embarazo en adolescentes es considerado como un problema prioritario en salud, debido a su alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna.<sup>1</sup>

La tasa de fecundidad adolescente en nuestro país en la última década ha incrementado, siendo la más alta en la región andina: alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres, según el ENDEMAIN 2004, el 45% de adolescentes embarazadas, no estudiaban ni trabajaban.<sup>6</sup>

Según Jolly y cols. en el estudio “Riesgos obstétricos en embarazadas menores de 18 años”, demuestra que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%.<sup>12</sup>



Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso al nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras del 18%.<sup>6</sup>

Una vez comparadas las variables biológicas que condicionarían un mayor riesgo en los embarazos adolescentes, al analizar las variables psicosociales, numerosos estudios han concluido que la evolución del embarazo, está influenciado por un problema psicosocial más que un riesgo biológico verdadero. Se ha demostrado que al implementar programas de control destinados para las adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales. Es por ello que se debe mejorar el ambiente social de los adolescentes si se pretende prevenir el embarazo, lo que debe ser promovido por los sistemas de salud.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos<sup>2,5</sup>. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile<sup>17</sup>, y del 25% en el caso de Centroamérica<sup>22</sup>.

En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia a la baja como en otros países del mundo, se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana.<sup>13</sup>

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Algo más de la mitad de adolescentes se concentra en Colombia y Perú, y la otra mitad en el resto de los países andinos. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados.<sup>4</sup>

Según datos obtenidos por la OPS/OMS en su publicación del 2006 “Las diez primeras causas de muerte en países de las Américas correspondientes a los datos de los dos o tres últimos años”, ubican a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio como la tercera causa de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad con una tasa de mortalidad de 15.4 por 100.000 habitantes entre los años 2001 a 2003.<sup>21</sup>



Según la Fundación Internacional para la Adolescencia (FIPA), el Ecuador ostenta la tasa más alta de embarazo adolescente en América Latina, después de República Dominicana. Según Nauta, J. en el estudio “Malnutrición materna, parto y bienestar fetal”, del Hospital Vicente Corral Moscoso. Abril – Julio 2007, se encontró que el 27,4% corresponden a adolescentes.<sup>19</sup>

Diversas investigaciones en adolescentes embarazadas tanto a nivel nacional como internacional demuestran un deficiente Control Prenatal, ya sea por ausencia o por inicio tardío del mismo, lo cual es grave ya que la falta de educación influye, en la evolución del embarazo.<sup>15, 3,25</sup>

También se señala, que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo<sup>1,6,11</sup>. Sin embargo, un estudio internacional menciona que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas<sup>5</sup>. La frecuencia de infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, y esta diferencia es estadísticamente significativa con respecto a los grupos controles<sup>1,22</sup>.

Una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas<sup>5,22</sup>. La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente<sup>5</sup>. En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto<sup>1</sup>. Debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que



condicionaría una mayor incidencia de desproporcióncefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios.<sup>15</sup>

Las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.

El desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, influye en la condición inmediata del recién nacido, algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar menor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes<sup>5</sup>

Según diferentes estudios se menciona que las complicaciones neonatales son mayores en hijos de madres adolescentes, se señala que tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología<sup>22</sup> así como una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente. El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas<sup>3,5</sup>

En síntesis, la evidencia sugiere que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como social. Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el



desarrollo educativo y laboral. Además, el embarazo adolescente es a la vez causa y producto importante de las desigualdades socio-económicas y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, siendo que sus hijos/as tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica. De esta manera, el embarazo adolescente es un problema que afecta el avance en los Objetivos del Desarrollo del Milenio relativos a la reducción de la pobreza, el aumento del nivel educativo, la promoción de la equidad de género, y el mejoramiento de la salud materna e infantil.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente nos planteamos el siguiente problema:  
¿Cuáles son las principales complicaciones maternas perinatales del embarazo en adolescentes comparadas con un grupo no adolescentes?

Pues el conocer la magnitud de este gran problema y el poder determinar las principales complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes nos ayuda a proponer medidas necesarias para un adecuado control prenatal, que nos permitirá brindar a la gestante la seguridad de tener una maternidad saludable y un recién nacido sano.



## JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Reconociendo al embarazo en adolescentes como una situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal alto, y que por lo tanto se convierte en un problema de salud pública importante, por el costo biológico y psicosocial que implica, y siendo un tema de actualidad y poco estudiado en nuestro medio, hemos considerado de importancia llevar a cabo el presente estudio, teniendo en cuenta además la creciente incidencia de embarazo en adolescentes, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo.

Es necesario identificar el riesgo reproductivo y las complicaciones asociadas, para contribuir de alguna manera a mejorar la salud materna y perinatal de nuestra población.



## FUNDAMENTO TEÓRICO

### Conceptos Generales

La OMS define a la adolescencia como el "*período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio- económica*" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.<sup>21</sup>

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

#### 1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el *periodo peri puberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía, psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales y personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

#### 2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres, para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.



Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### **3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad sicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual se adquiere en la siguiente etapa, la de adultez joven. Mientras eso llega, la adolescente usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. Esto es, las adolescentes juegan a descubrir la sexualidad adulta; de niñas conocieron una sexualidad incompleta, según haya sido manejada por sus padres, la cual antagoniza con las fuerzas biológicas de maduración y las tendencias culturales del medio en que la adolescente se desarrolla. Por lo tanto,



a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia.<sup>27</sup>

La salud sexual es un componente esencial de la salud general e incluye el evitar embarazos no deseados, así como enfermedades de transmisión sexual. Los embarazos no deseados se asocian con riesgo elevado de pobreza social y económica, así como a enfermedades, tanto para la madre como para su hijo, y a secuelas importantes de infecciones transmitidas sexualmente como: inflamación pélvica inflamatoria e infertilidad, cáncer cervical e incremento de la susceptibilidad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>21</sup>

### **Embarazo en la Adolescencia**

Se lo define como: "*el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen*".<sup>9</sup>

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años; en el campo de la salud, por la mayor incidencia de complicaciones obstétricas o por las implicancias del aborto; y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que tiene sobre la adolescente y sus familiares.

La tasa de fecundidad adolescente ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general, condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este



último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.<sup>21</sup>

Además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, debe considerarse los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no fue tanto<sup>10</sup>. Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo los dos tercios de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, el 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.<sup>10</sup>

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ello podría descender, sin embargo su disminución está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace dudar sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura del problema.

A nivel mundial la información elaborada proviene de Naciones Unidas<sup>15</sup>, de los 133 millones de embarazos, 14 millones (10.5%) son de madres entre 15 y 19 años. El mayor porcentaje de los mismos está en África y América Latina y Caribe.<sup>14</sup>



**TABLA N° 1**

**Distribución de los embarazos en adolescentes (15 – 19 años) a nivel continental**

Continentes	Nacimientos (000)	15-19 (000)	% del total
África	31458	4985	15,8
Asia	77985	6039	7,7
Europa	7064	494	7,0
Latinoamérica y Caribe	11662	1904	16,3
Norte América	4565	558	12,2
Oceanía	549	40	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>133283</b>	<b>14020</b>	<b>10,5</b>

Fuente: OPS/OMS

Los países desarrollados, comprenden todas las regiones de Europa, Norte América, Australia, Nueva Zelanda y Japón, donde el 10% del total de nacimientos mundiales pertenecen a madres adolescentes.

El resto de los países con menor desarrollo se subdividen en aquéllos en vías de desarrollo donde los nacimientos de madres adolescentes representan el 70% del total mundial, mientras que en los 49 países restantes que tienen un mínimo desarrollo nacen el 20% de los niños.

**TABLA N° 2**

**Embarazo adolescente en el mundo. 2000 – 2005.**

Países	Nacimientos(000)	15-19 (000)	% del total
Desarrollados	13092	1079	8,2
En Vías de Desarrollo	92558	8192	8,9
Mínimo Desarrollo	27633	4748	17,2
<b>TOTAL</b>	<b>133283</b>	<b>14019</b>	<b>10,5</b>

Fuente: OPS/OMS



Estados Unidos es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los 80.<sup>13</sup>

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un marcado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos.

En Latinoamérica y el Caribe (LAC) la mayor frecuencia de Embarazos Adolescentes se encuentra en Centro América y la menor en el Caribe.

**TABLA N° 3**  
**Distribución de los embarazos en adolescentes (15 – 19 años) LAC.**

REGIONES	Nacimientos (000)	15-19 años	% del total
Sud América y México	9.767.000	1.559.000	16,0
Centro América	1.112.000	211.000	19,0
Caribe Latino	640.000	111.000	17,3
Caribe No Latino	140.900	20.800	14,8
<b>TOTAL</b>	<b>11.662.000</b>	<b>1.904.000</b>	<b>16,3</b>

Fuente: OPS/OMS

Los OPS/OMS muestra datos para los países de América Latina y México en donde Venezuela presenta la cifra más elevada de la región, mientras que para Ecuador la prevalencia de nacimientos en madres adolescentes es de 14.5%.



**TABLA N° 4**  
**Distribución de los embarazos en adolescentes (15 – 19 años).LAC y México.**

PAISES	Nacimientos (000)	15-19 años	% del total
ARG	726	99	13,6
BOL	256	36	14,1
BRA	3492	629	18,0
CHI	285	29	10,2
COL	975	165	16,9
ECU	296	43	14,5
MEX	2299	334	14,5
PAR	172	23	13,4
PER	628	73	11,6
URU	57	9	15,8
VEN	581	119	20,5
<b>TOTAL</b>	<b>9767</b>	<b>1559</b>	<b>16,0</b>

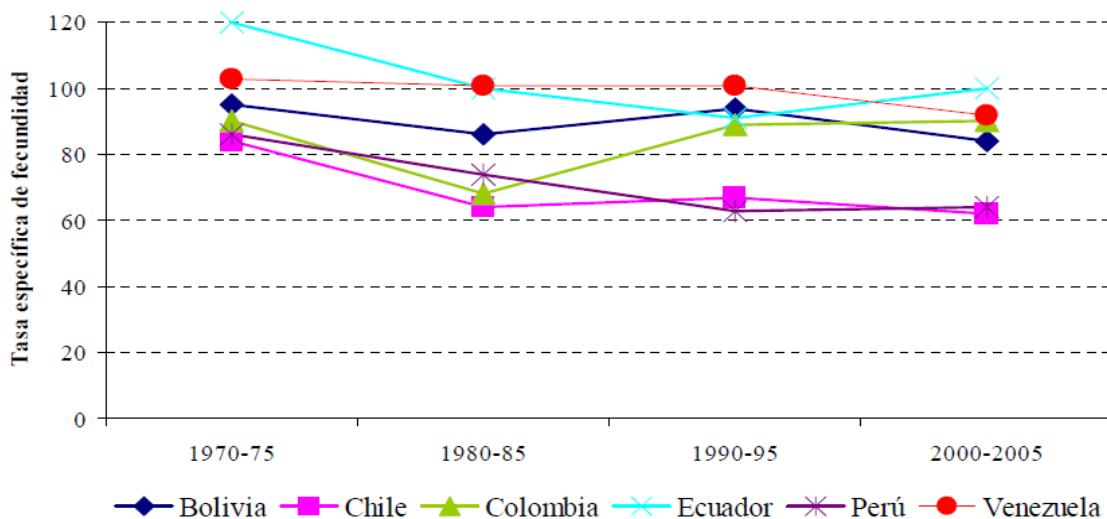
Fuente: OPS/OMS

En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia tan sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes.<sup>11</sup>

En general, los países andinos no son la excepción. En el gráfico N°1 se observa que en esta sub.-región la fecundidad adolescente (15-19 años) aumentó en Colombia y Ecuador.<sup>11</sup>



**Gráfico N° 1**  
**Tendencias de la fecundidad adolescente**



Fuentes: CELADE (2004). Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050. Santiago de Chile: Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Guzmán, J.M. et al. (2006). "La demographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". Population. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.

Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas.<sup>11</sup>

La mayoría de los/as hijos/as de madres adolescentes tienen como padre a un joven o adulto y, además, algunos varones adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres. Esta situación se enmarca dentro de normas socio-culturales caracterizadas por la desigualdad de género, lo cual influye en significados y vivencias diferenciadas del grupo de adolescentes de acuerdo a su sexo.<sup>23</sup>

En nuestro país, una investigación realizada por el MSP y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (Endemain 2004) menciona estadísticas alarmantes: la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre,



es de 15 años, ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 mujeres apenas terminan el sexto grado y, ocho de cada 10 menores no retoman sus estudios después del embarazo.<sup>6</sup>

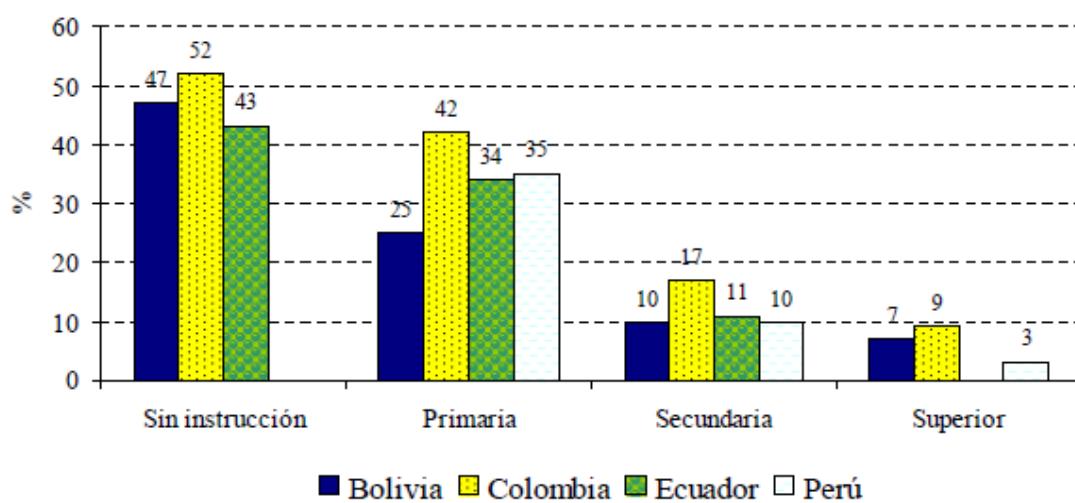
Según este estudio, la desinformación es la principal causa por la que los jóvenes adquieren la paternidad temprana, el 25% de los partos atendidos en la Maternidad Isidro Ayora en Quito son de parejas de entre 14 y 19 años, quienes señalaron no haberse informado sobre métodos anticonceptivos.<sup>15</sup>

En el Ecuador, existe el 30% de riesgo de muerte en las madres adolescentes porque no existen políticas que respalden a las jóvenes y les ofrezcan orientación médica y psicológica.

### **Desigualdades y exclusiones**

El embarazo adolescente también expresa las enormes brechas socioeconómicas prevalecientes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socio-económicos bajos, en mujeres con menor nivel educativo y que viven predominantemente en áreas rurales. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos

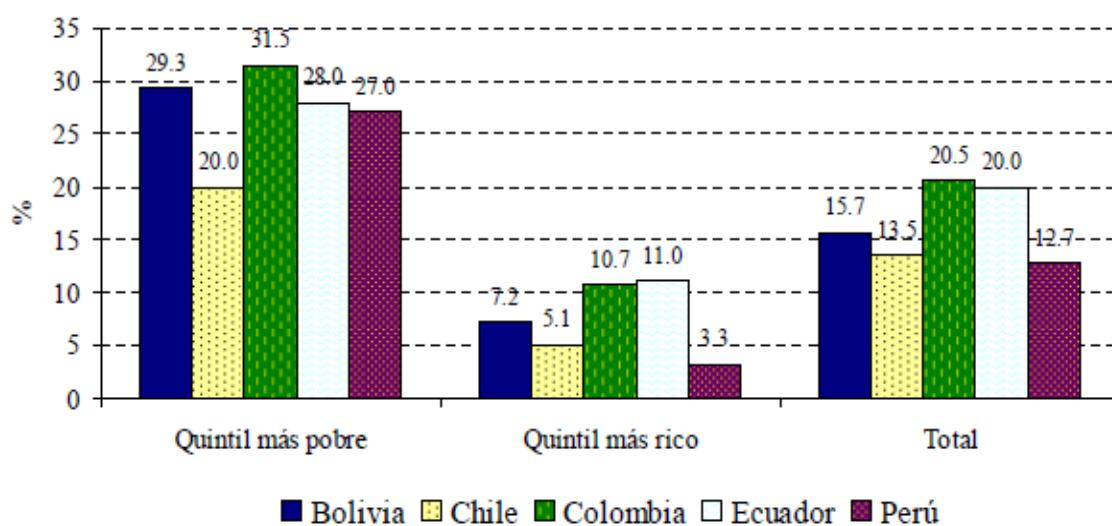
**GRAFICO N° 2**  
**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según nivel de instrucción, 2003-2005**



Fuente: OPS/OMS

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Bolivia y Ecuador, mientras que son pocas las adolescentes de mayor nivel de ingresos que son madres o se embarazan según muestra la grafica siguiente.<sup>23</sup>

**GRAFICO N° 3**  
**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según condición de pobreza, 2002-2005**



Fuente: OPS/OMS



Sobre otras consecuencias en términos sociales, existe poca información que establezca evidencia en la región sobre el tema; sin embargo, hay algunos estudios que muestran el efecto negativo del embarazo en las adolescentes. Por ejemplo, se encontró que un nacimiento en la adolescencia rebaja la razón de ingreso/necesidades de una mujer en más del 30%. Respecto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, se ha encontrado que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%.vii Asimismo, un estudio llevado a cabo en Chile indica que la maternidad temprana va acompañada de efectos económicos negativos, en términos de menores ingresos mensuales, especialmente para las madres pobres que más necesitan de esos ingresos.<sup>23</sup>

Los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor de un 90% menor que los de las madres adultas. Al incluir la variable educación (0-9 años) los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor del 70% inferior que los de las madres adultas. Por lo tanto, la maternidad temprana profundiza la pobreza de las mujeres. En el mismo estudio sobre costos de la maternidad entre adolescentes, se demostró que 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, en comparación con el 35% en el caso de madres no adolescentes; lo cual es otro aspecto de las consecuencias de esta situación. Asimismo, una investigación realizada en 16 países de América Latina demuestra los impactos negativos de la maternidad adolescente sobre los logros educativos de los niños y niñas de hogares pobres. Los resultados indican que el haber nacido de madre adolescente soltera es un factor que reduce significativamente las probabilidades de estos niños y niñas de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza.<sup>11</sup>



## Consecuencias del embarazo para la madre adolescente y el recién nacido

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos a la muerte. Los riesgos derivan de dos situaciones: una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales.

En el caso de la mortalidad infantil existen evidencias claras respecto a que ésta se asocia a la maternidad temprana. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes que en el resto de los grupos de edad. En el caso de la mortalidad posneonatal y en la niñez se encuentra evidencia en el mismo sentido.<sup>8</sup>

En la mortalidad materna hay ciertos indicios de que un alumbramiento en adolescentes representa riesgos especiales para la futura madre; asimismo, hay consenso de que los riesgos aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años. Aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer/a hijo/a antes de esta edad es bajo, es importante no subestimar el problema por su baja incidencia<sup>10</sup>

Algunos autores argumentan que las complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes se deben no tanto a la edad sino a otros factores asociados como un menor acceso a servicios, la pobreza y demás<sup>10</sup>

En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general, además de la inexperiencia en el cuidado de los niños, y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales.<sup>8</sup>



El grupo de mayor riesgo lo constituyen madres con antecedentes de patología médica obstétrica, antecedente de abuso sexual, enflaquecimiento (desnutrición) o ganancia inadecuada de peso durante el embarazo, estatura de 1,50 metros o menor y con nivel educacional medio a bajo.

El recién nacido de madre adolescente tiene mayor riesgo de prematuros, bajo peso al nacer, desnutrición y retardo del desarrollo anatomo-funcional, físico y emocional. Así mismo, registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edades de las adolescentes.<sup>10</sup>

La incidencia de malformaciones congénitas, sobre todo los defectos de cierre del tubo neural, es mayor en hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), además de un número importante de retrasos mentales de por vida.<sup>21</sup>

Los niños lactantes cuyas madres son jóvenes se enfrentan a riesgos de mortalidad que, en promedio, son 33% mayores que los de los hijos de madres adultas. Los niños de mayor edad de madres adolescentes enfrentan problemas de nutrición así como otros riesgos. En estudios realizados en Chile y México se observaron más problemas de crecimiento frenado entre los niños de madres adolescentes que entre los de madres de mayor edad.

Así mismo, los niños de madres jóvenes de México registraron un puntaje inferior en una prueba de desarrollo lingüístico y más problemas de comportamiento que los niños de madres adultas.<sup>5</sup>



En países en los que la anemia y la desnutrición son comunes, en los que el acceso a la atención de la salud es deficiente, la procreación puede conducir a riesgos desproporcionados para la salud de la madre joven y de su niño lactante.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al niño, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Como lo revelan las estadísticas, las madres adolescentes representan un grupo susceptible para presentar ciertas características y complicaciones durante la labor de parto, parto y puerperio, que en madres adultas son de menor incidencia; entre aquellas se puede mencionar como las más importantes el parto prematuro, parto instrumentado, hemorragias del embarazo, parto y puerperio, y patologías inducidas por el embarazo como la hipertensión gravídica.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos la necesidad de realizar este tipo de estudio para conocer la realidad de las embarazadas adolescentes en nuestro país

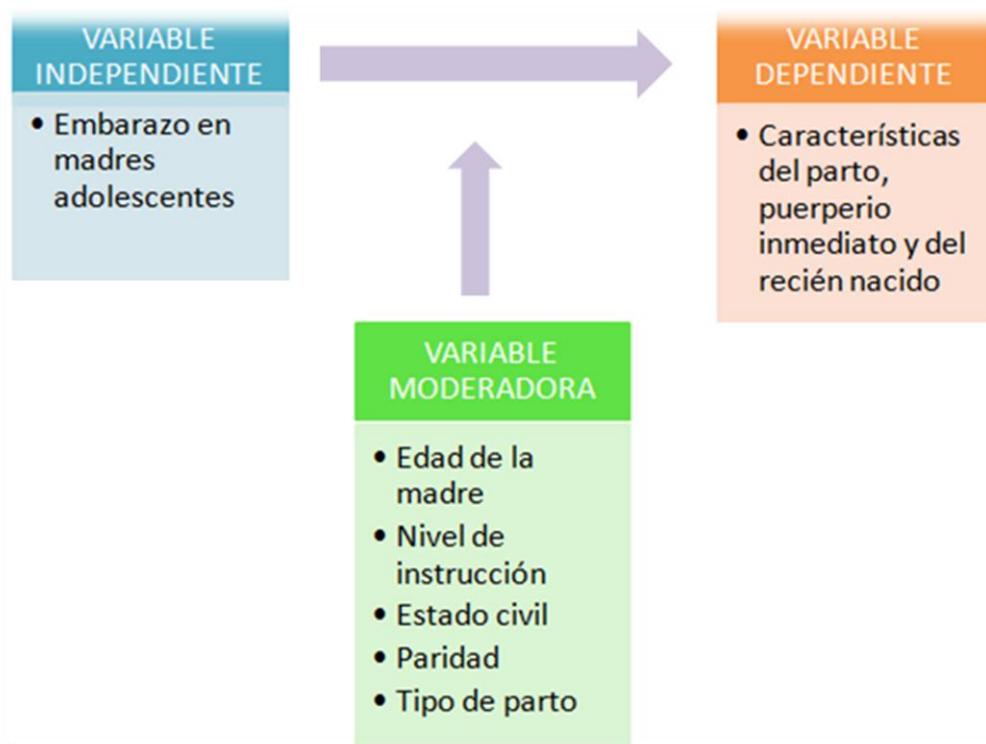


y sobre todo en nuestra ciudad; ya que son pobres las estadísticas con las que se dispone, de ahí la utilidad de los resultados que se obtengan en el presente estudio para tomar políticas de salud y educación sobre todo en la población que se ve afectada, al mismo tiempo contribuir al mejoramiento de la calidad de servicios de salud como entes activos conocedores de una realidad y no solo simples observadores.



## HIPOTESIS

El embarazo en la adolescencia como factor de riesgo obstétrico influye en las características y complicaciones del parto, puerperio inmediato y recién nacido.





## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1. Objetivo general

Identificar los riesgos maternos y fetales de mujeres embarazadas de 10 a 19 años atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período Marzo – Mayo 2008.

### 2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de embarazos en madres adolescentes entre 10 y 19 años atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período Marzo – Mayo 2008.
- Identificar la prevalencia de complicaciones y características tales como: preeclampsia, eclampsia, Infecciones del tracto urinario (ITU), amenaza de parto pretérmino, retardo en el crecimiento intraúterino (RCIU), rotura prematura de membranas (RPM), corioamnionitis, hemorragias del primero, segundo y tercer trimestre, parto por cesárea, inducción y conducción del parto, número de fetos, variedad de presentación (podálica, transversa, pelviana) en las madres adolescentes, comparándola con las madres no adolescentes.
- Identificar la prevalencia de las características y complicaciones en el recién nacido de madre adolescente tales como: condición al nacer (vivo o muerto), peso, talla, perímetrocefálico, valoración APGAR, edad gestacional por FUM, necesidad de procedimientos de reanimación, enfermedad de membrana hialina, enfermedad hemorrágica del recién nacido, insuficiencia respiratoria y malformaciones congénitas.



## METODOLOGÍA

### 1. Tipo de estudio

El estudio que se realizó en el presente trabajo de investigación es fundamentalmente de cohorte prospectiva, en el que la cohorte expuesta estuvo formada por madres adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años y la cohorte no expuesta por madres no adolescentes comprendidas entre las edades de 20 a 29 años, con el objetivo de identificar las características de riesgo y complicaciones en madres adolescentes de 10 a 19 años, durante el parto, puerperio inmediato, así como las características y complicaciones del recién nacido atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período Marzo – Mayo del 2008.

### 2. Universo y muestra de estudio

El universo de esta investigación estuvo formado por todas las embarazadas de 10 a 19 años que tuvieron su parto en el período de Marzo a Mayo del año 2008 en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

### 3. Criterios de inclusión

Para la cohorte expuesta, se incluyeron del estudio todas las madres adolescentes comprendidas entre las edades de 10 y 19 años cumplidos y para la cohorte no expuesta se incluyeron las madres no adolescentes comprendidas entre las edades de 20 a 29 años, atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en el período Marzo – Mayo 2008.



#### **4. Criterios de exclusión**

Se excluyó del estudio a todas aquellas madres entre 10 – 19 años, y 20 – 29 años, que presenten patología orgánica previa al embarazo y madres mayores de 29 años y madres cuyo embarazo terminó en aborto.

#### **5. Procedimientos para la recolección de la información**

La unidad de análisis de este estudio fue la ficha clínica y el formulario CLAP de las embarazadas de 10 a 19 años y de 20 a 29 años del área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, los datos fueron recolectados mediante formularios en los que constan las variables a ser estudiadas.

#### **6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos**

Según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59<sup>a</sup> Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 por la cual se establecen principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el estudio propuesto no es de tipo intervencionista y se clasifica en la categoría de Investigación sin riesgo. Dado que el instrumento de recolección es una encuesta de carácter anónimo, preserva el secreto médico, y la privacidad de cada una de las integrantes.

## RESULTADOS

TABLA DE RESULTADOS						
VARIABLE INDEPENDIENTE				R.R	IC 95%	P
	Numero	%				
<b>Edad</b>						
10 - 19 años	135	34,53		0,998	0,987-1,009	0,461
20 - 29 años	256	65,47				
VARIABLE DEPENDIENTE	COHORTE EXPUESTA		COHORTE NO EXPUESTA		R.R	IC 95%
	Numero	%	Numero	%		
<b>Forma de terminación del embarazo</b>						
Cesárea	40	29,00	78	30,80	0,94	0,683-1,294
Vaginal	98	71,00	175	69,20	1,027	0,897-1,175
<b>Procedimientos durante el parto</b>						
Espontáneo	124	89,20	244	96,4	0,958	0,896-1,024
Inducción	10	7,20	4	1,60	4,64	1,482-14,525
Conducción	59	42,40	55	21,30	1,991	1,469-2,699
Enemas	75	54,00	109	42,20	1,277	1,036-1,575
Episiotomía	76	54,70	68	26,40	2,123	1,645-2,738
<b>Patología</b>						
Preeclampsia	25	18.11	11	4.34	4.16	2.11 – 8.209
Eclampsia	18	13.04	3	1.18	11.0	3.298 - 36.688
IVU	102	73.91	99	39.13	1.88	1.57 – 2.26
Amenaza de parto pretérmino	12	8.69	23	9.09	0.957	0.49 – 1.86
RCIU	5	3.62	3	1.18	3.56	0.74 – 12.59
RPM	53	38.4	28	11.06	3.4	2.30 – 5.22
Corioamnionitis	6	4.34	2	0.79	5.5	1.125 – 26.88
Hemorragias del primer trimestre	35	25.36	17	6.71	3.775	2.19 – 2.48
Hemorragias del segundo y tercer trimestre	30	21.73	33	13.04	1.66	1.064 – 2.61
<b>Número de fetos</b>						
Uno	135	100,00	252	98,43	1,018	0,997-1,040
Dos	0	0,00	4	1,56	0,167	0,009-3,006
Más de dos	0	0,00	0	0,00	1,842	0,037-92,320
<b>Condición del recién nacido</b>						
Vivo	132	97,77	252	96,92	0,7159	0,186-2,743
Muerto	3	2,23	8	3,08	0,691	0,178-2,621
<b>Talla del RN</b>						
Pequeño	62	46,97	78	30,95	1,436	1,105-1,867
Adecuado	68	51,51	170	67,46	0,803	0,675-0,956
Grande	2	1,51	4	1,58	0,904	0,168-4,872
<b>Peso del RN</b>						
Pequeño	32	24,24	42	16,66	1,499	0,999-2,247
Adecuado	94	71,21	190	75,39	0,946	0,834-1,073
						0,447



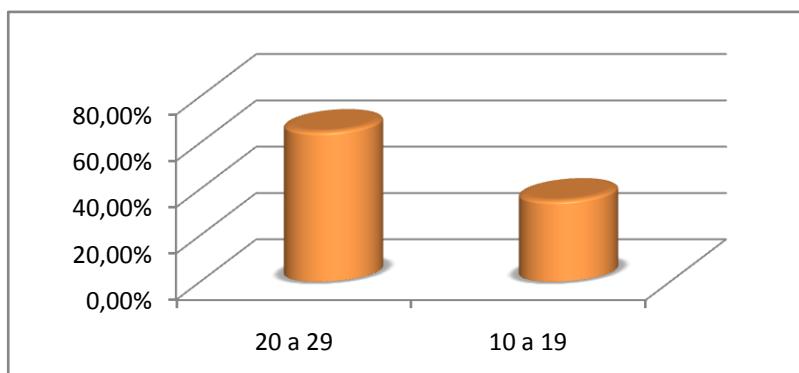
Grande	6	4,54	20	7,95	0,516	0,213-1,249	0,194
<b>Perímetrocefálico del RN</b>							
Macrocefálico	1	0,75	10	3,97	0,184	0,023-1,458	0,1417
Normocefálico	100	75,75	194	76,98	0,934	0,569-1,531	0,8865
Microcefálico	31	23,66	48	10,04	1,304	0,782-2,173	0,374
<b>Valoración de Apgar 1er Minuto</b>							
Asfixia Grave	3	2,27	5	1,98	0,904	0,229-5,558	0,836
Asfixia Moderada	9	6,81	7	2,78	2,323	0,884-6,104	0,136
Normal	120	90,90	240	95,24	0,964	0,909-1,022	0,263
<b>Valoración de Apgar 5to Minuto</b>							
Asfixia Grave	3	2,27	3	1,19	1,807	0,370-8,835	0,755
Asfixia Moderada	2	1,51	1	0,40	3,614	0,331-39,508	0,602
Normal	127	96,21	249	98,81	0,98	0,941-1,006	0,362
<b>Edad Gestacional por FUM</b>							
Pretérmino	40	30,30	39	15,47	2,374	1,434-3,931	0,001
Término	90	68,18	204	80,95	0,504	0,311-0,817	0,007
Postérmino	2	1,51	9	3,57	0,4153	0,088-1,954	0,409
<b>Procedimientos de reanimación en el RN</b>							
SI	10	7,24	6	2,37	3,012	1,11-8,11	0,04
<b>Patologías del recién nacido</b>							
Enfermedad de membrana hialina	5	3,62	2	0,79	4,5	0,88-22,9	0,110
Enfermedad hemorrágica del recién nacido.	3	2,17	1	0,39	5,42	0,56 - 51,6	0,259
Insuficiencia respiratoria.	12	8,69	7	2,76	3,098	1,24 - 7,68	0,02
Malformaciones congénitas	3	2,17	2	0,79	2,711	0,45 - 16,3	0,49
<b>Destino</b>							
Madre	118	89,39	240	95,24	0,584	0,4077-0,8368	0,024
Neonatología	14	10,60	12	4,76	1,7591	1,2274-2,5211	0,024
<b>VARIABLE DE CONTROL</b>	<b>COHORTE EXPUESTA</b>		<b>COHORTE NO EXPUESTA</b>		<b>R.R</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
	Numero	%	Numero	%			
<b>Estado Civil</b>							
Soltera	53	40,15	42	16,67	0,611	0,442-0,846	0,005
Casada	20	15,15	141	55,95	0,295	0,200-0,435	<0,0001
Unión libre	56	42,42	69	27,38	1,512	1,146-1,995	0,006
Divorciada	0	0,00	1	0,39	0,613	0,025-14,953	0,661
Viuda	0	0,00	0	0,00	1,839	0,037-92,205	0,460
<b>Instrucción</b>							
Ninguno	8	6,60	5	1,98	2,303	0,766-6,928	0,214
Primaria	61	46,21	105	41,66	1,043	0,832-1,306	0,796
Secundaria	60	45,45	115	45,63	1,050	0,840-1,312	0,7490
Superior	3	2,27	26	10,31	0,213	0,06-0,691	0,007
<b>Paridad</b>							
Primípara	87	65,90	81	32,14	2,021	1,632-2,503	0,0001
Mutípara	45	34,09	171	67,86	0,518	0,408-0,658	0,252



#### GRAFICO N° 4

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUEPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 391 embarazadas según la edad.



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

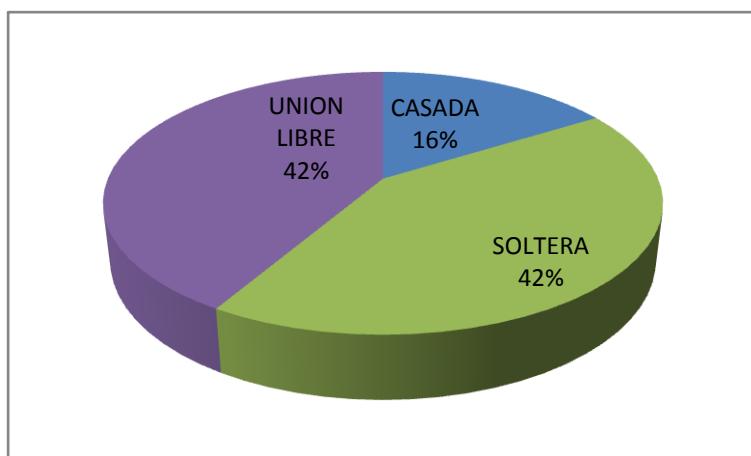
Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

Durante el período marzo – mayo del 2008, la incidencia de embarazos en adolescentes alcanzó el 35%, con una relación 2:1 a favor de embarazos en no adolescentes. Valor de P: 0.46, RR: 0.99, IC 95% entre 0,987-1,009

#### GRAFICO N° 5

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUEPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 391 embarazadas adolescentes según Estado Civil.



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

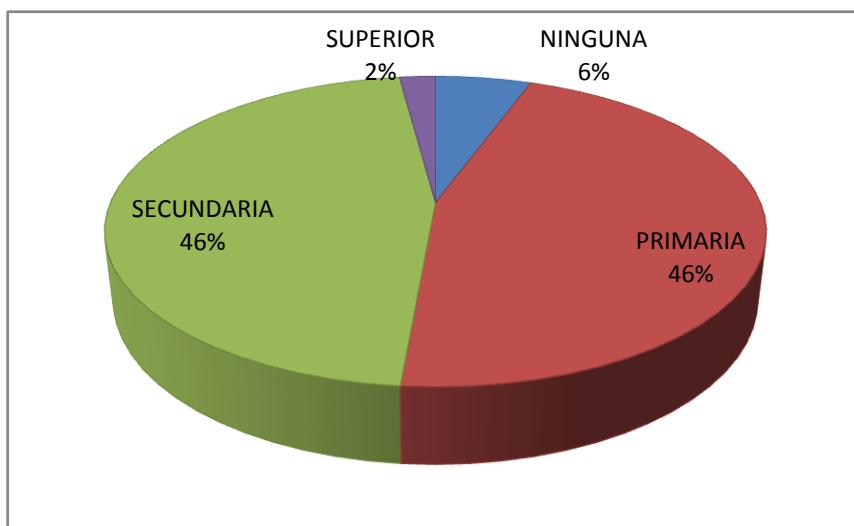


Con relación al estado civil de las adolescentes del total de madres el 42,30% estuvo representado por madres solteras con un valor de P: 0,005, RR: 0,611 IC95% entre 0,442-0,846, así como el 41,50% fueron madres en unión libre con un valor de P: 0,006, RR 1,512, IC 95% entre 1,146-1,995

### Gráfico N° 6

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 391 embarazadas adolescentes según nivel de instrucción.



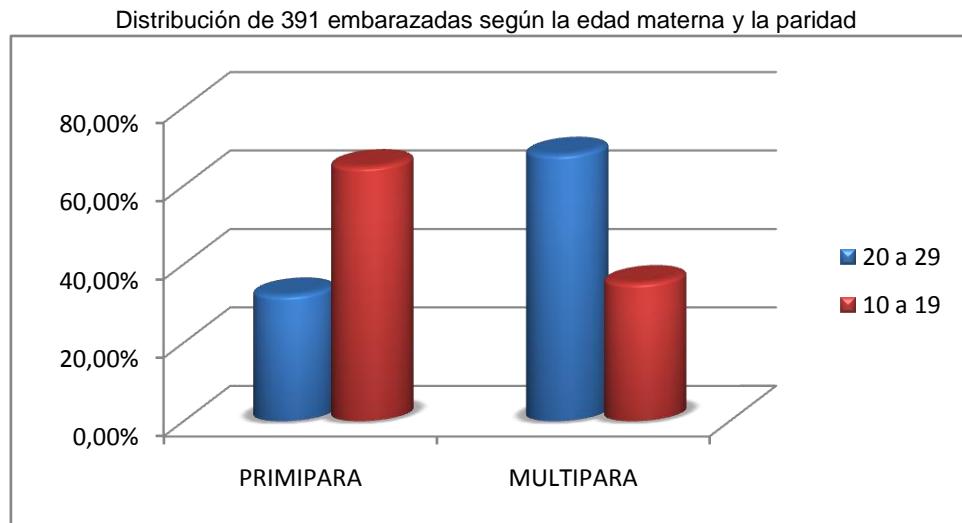
Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.  
Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

Del total de madres embarazadas adolescentes el 5,60% fueron madres analfabetas con un valor de P: 0,214, RR: 2,303, IC 95% entre 0,766-6,928, mientras que las madres con instrucción primaria y secundaria representaron respectivamente el 45,80%.



### Gráfico N° 7

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.



Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

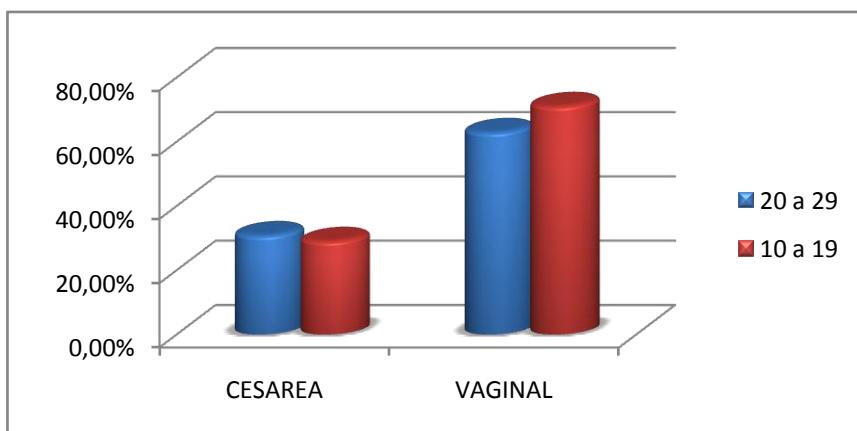
Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

En cuanto a la paridad materna y la edad se presento relación estadística para esta variable ya que la mayoría de las primíparas corresponden a adolescentes con un valor de P: 0.0001, RR: 2.021, IC: 95% entre 1,632-2,503

### Gráfico N° 8

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 391 embarazadas según la edad materna y el tipo de parto



Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

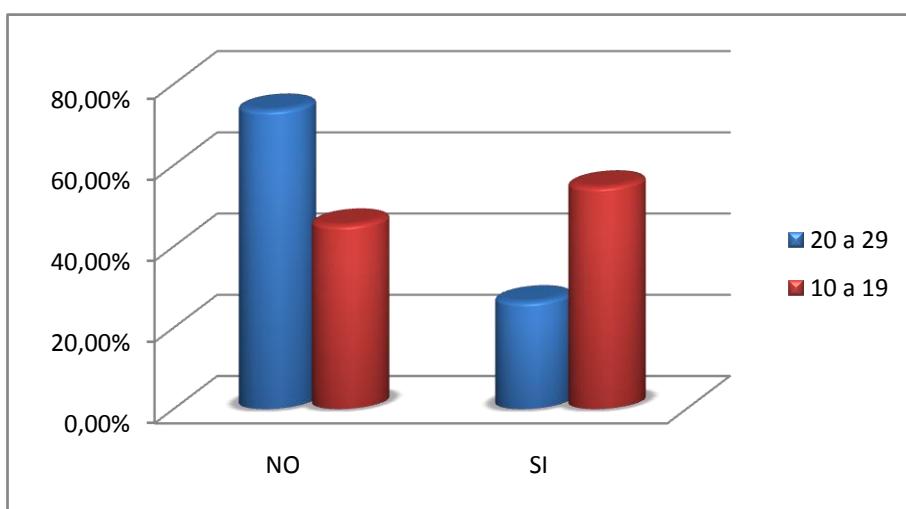


Como se muestra en el gráfico, no existe relación estadística significativa en cuanto a la forma de terminación del embarazo y la edad de la madre con un valor de P: 0.79, RR: 0.94, IC 95%: 0,683-1,294

### GRAFICO N° 9

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 391 embarazadas según la edad materna y necesidad de episiotomía durante el parto.



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.  
Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

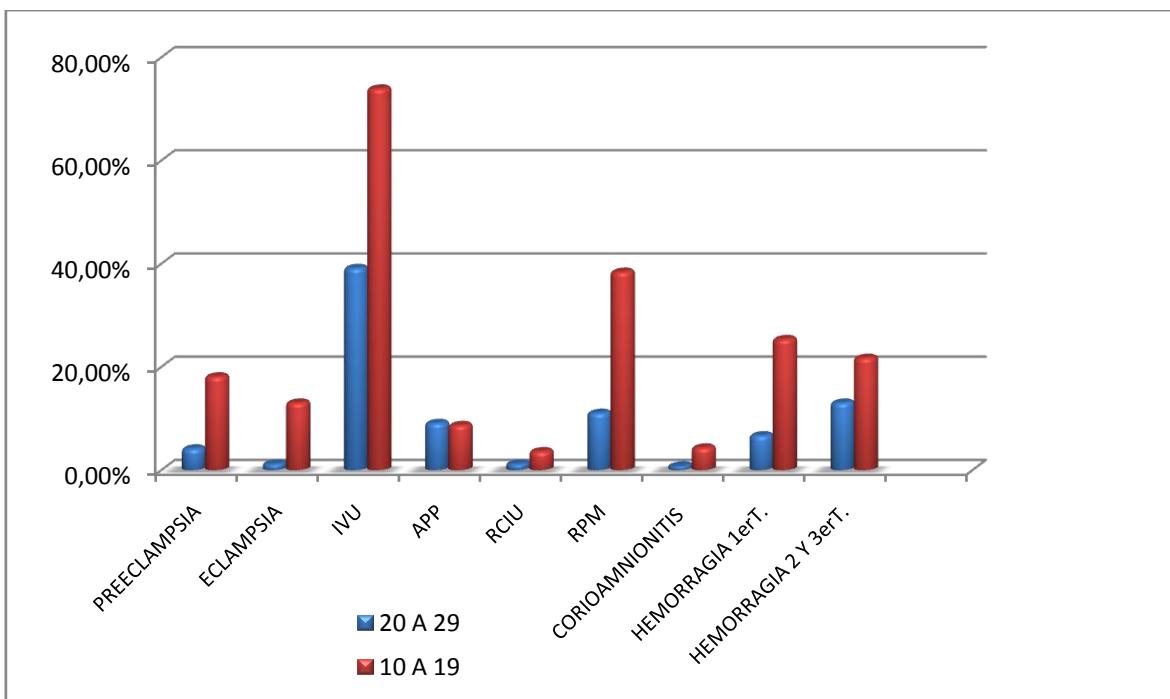
Si existe relación estadística significativa al relacionar la edad materna con la necesidad de episiotomía durante el parto con un valor de P: 0.0001, RR: 2.12, IC: 95% entre 1,645-2,738



## GRAFICO N° 10

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 391 embarazadas según la edad materna y patologías del embarazo.



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

Existe relación significativa al relacionar la edad materna con las patologías del embarazo, por lo que las embarazadas adolescentes tienden a presentar más complicaciones durante su embarazo excepto para la amenaza de parto pretermino.



### TABLA N° 5

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 395 recién nacidos según la condición y edad materna

	Vivos	%	Muertos	%	TOTAL
<b>Adolescente</b>	132	97.77%	3	2.23%	135
<b>No adolescente</b>	252	96.92%	8	3.08%	260
<b>TOTAL</b>	384	97.21%	11	2.79%	395

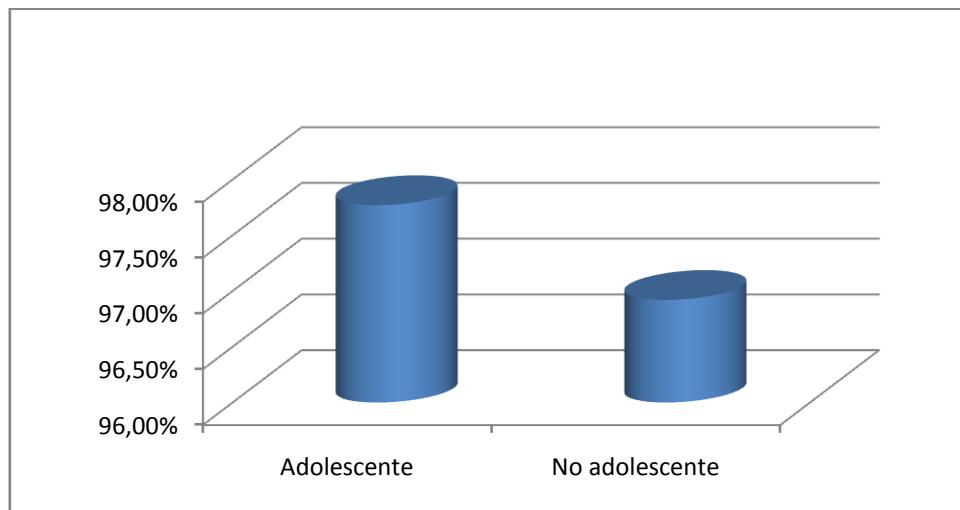
Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

### GRAFICO N° 11

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 384 recién nacidos vivos según la edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

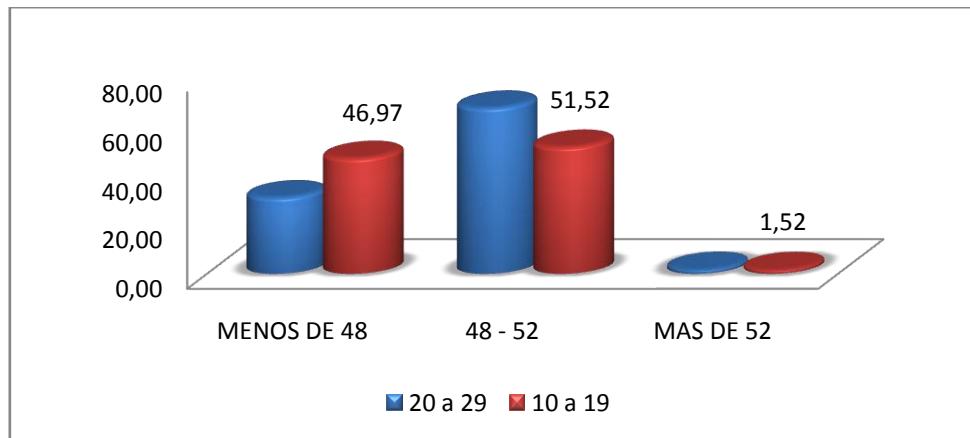
No existe relación estadística significativa en cuanto a la condición del recién nacido y la madre adolescente ya que se presenta en igual número en las madres no adolescentes.



### GRAFICO N° 12

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 384 recién nacidos según la talla y edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

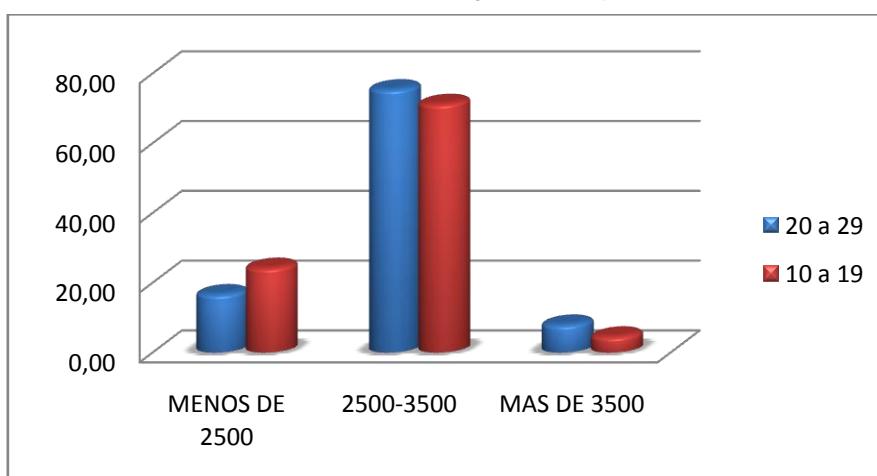
Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

Con relación a la talla del recién nacido si existe valor estadístico significativo con la talla baja con un valor de P: 0.011, RR: 1.436, IC 95% entre 1,105-1,867.

### GRAFICO N° 13

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución 384 recién nacidos según el peso y la edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

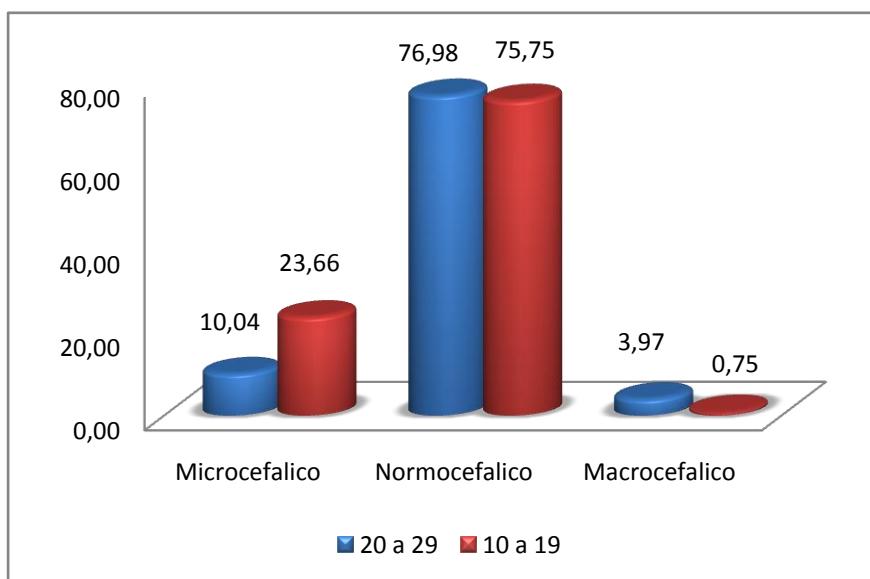


En cuanto a la relación entre la edad materna y el peso si existe relación significativa entre el bajo peso del recién nacido y la adolescencia, con un valor de P: 0.069, RR: 1.499, IC 95% entre 0,999-2,247.

#### GRAFICO N° 14

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución 384 recién nacidos según perímetrocefálico y la edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.  
Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

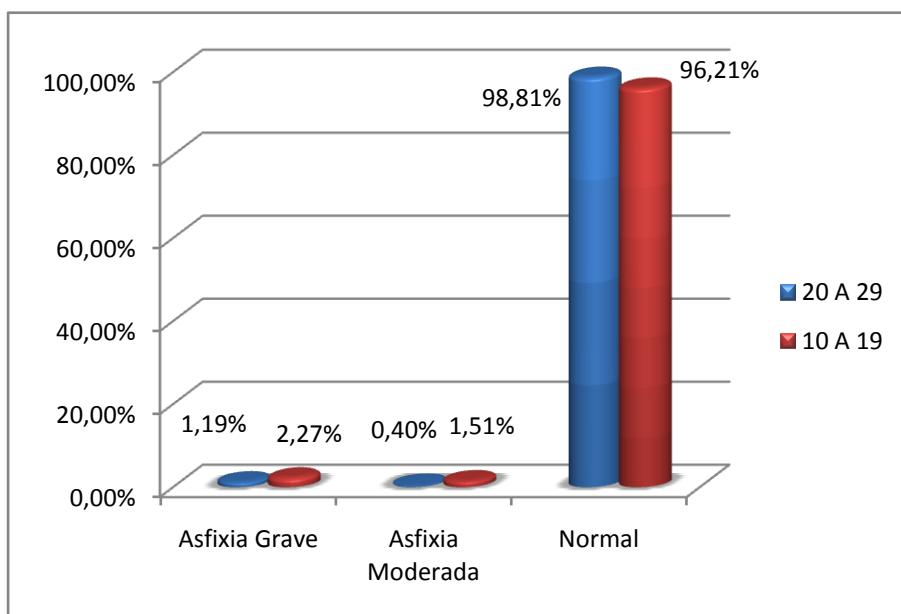
Existe relación estadística significativa con la macrocefalia y la madre adolescente con un valor de P: 0,723 RR: 1,805, IC 95% entre 0,1945-6,0112, no así con relación a la normocefalia y la microcefalia.



### GRAFICO N° 15

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 384 recién nacidos según Apgar al 5º minuto y la edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

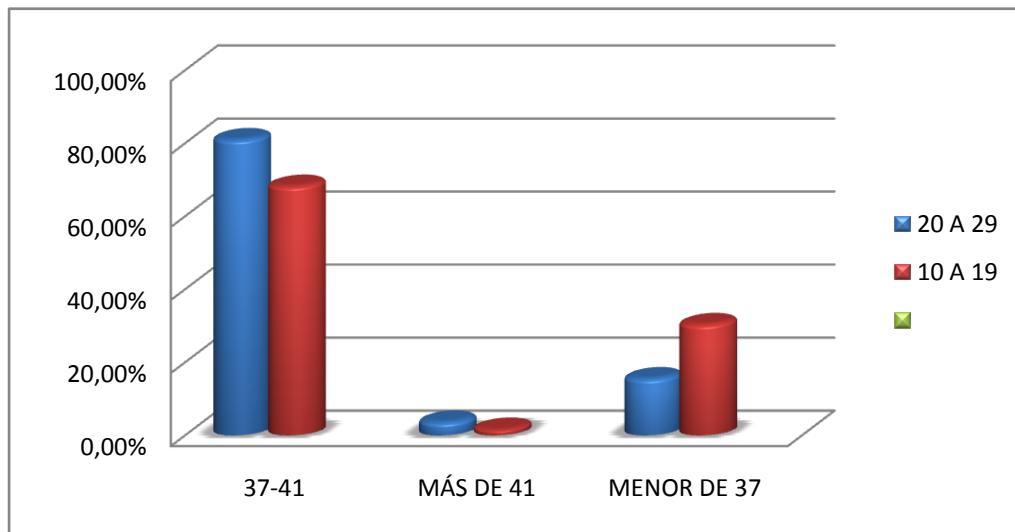
Al relacionar el valor de Apgar al primer minuto y la edad materna se obtiene una relación estadística significativa en cuanto a la asfixia moderada que se presenta más en hijos de madres adolescentes con un valor de P: 0.136, RR: 2.32, IC 95% entre 0.884-6.104.



## GRAFICO N° 16

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 384 recién nacidos según la edad gestacional y edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

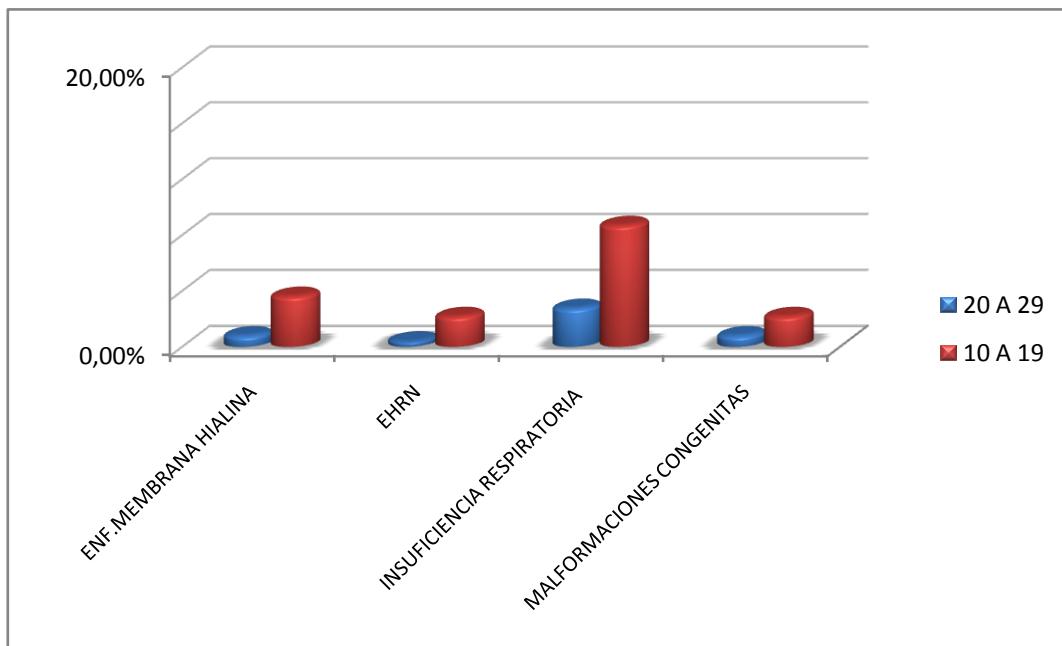
En cuanto a la edad gestacional del recién nacido y la edad de la madre no existe relación estadística significativa con un valor de P: 0.003, RR: 0.83, IC 95% entre 0,729-0,944.



### GRAFICO N° 17

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 384 recién nacidos según patologías y edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

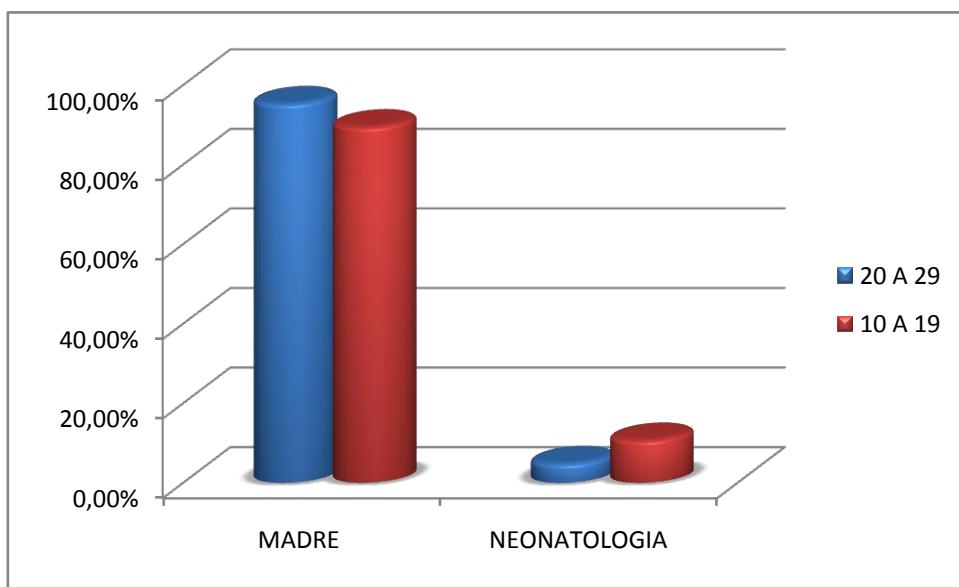
En cuanto a las patologías que se presentan en el recién nacido si existe relación como factor de riesgo la edad materna sobre todo para la insuficiencia respiratoria con un valor de P: 0,02, RR: 3,098 y IC95% entre 1,24 - 7,68



### GRAFICO N° 18

CARACTERISTICAS DEL PARTO, PUERPERIO INMEDIATO Y DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA.  
MARZO - MAYO DEL 2008.

Distribución de 384 recién nacidos según destino y edad materna



Fuente: Formulario CLAP. HVCM. Marzo – Mayo 2008.

Autores: Internos: Ma. Fernanda Arias C. – Ricardo A. Ganzino R.

En cuanto al lugar de destino del recién nacido se ve que si existe relación estadística significativa con un valor de P: 0.02, RR: 2.49, IC: 95%. Esto quiere decir que más recién nacidos de madres adolescentes necesitaron traslado a neonatología



## DISCUSIÓN.

Durante el periodo de marzo a mayo del 2008 en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, se registraron un total de 391 partos de los cuales el 34.53% correspondieron a gestantes adolescentes (135 casos) siendo 65.90% primigestas. Dicha incidencia encontrada en esta institución demuestra el aumento de embarazos en adolescentes con relación al estudio realizado en el período abril a julio del 2007, encontrándose una incidencia de 27.4%.<sup>19</sup>

Con los resultados obtenidos del presente estudio observamos que si existen diferencias significativas entre ambos grupos de estudio. Se encontró que el nivel primario fue mayoritario en las adolescentes, mientras que en el grupo control el grado de instrucción predominante fue de secundaria. Una dato llamativo es que el 6.60% de las adolescentes no tuvieron ningún nivel de instrucción.

Con respecto al estado civil, la mayor parte de adolescentes presentó unión libre, correspondiendo al 42.42% del total de madres adolescentes, mientras que el 40.15% fue soltera, no así el grupo control el 55.95% fue casada.

En relación a la forma de terminación del parto, la edad materna no implica factor de riesgo para partos operatorios. Así mismo, se encontró que las madres adolescentes fueron sometidas con mayor frecuencia a procedimientos durante el parto, entre ellos episiotomía y uso de enemas.

Observamos que entre las complicaciones más frecuentes en el grupo de adolescentes se encuentran la infección de tracto urinario (73.91%), hemorragias del primer trimestre y los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia), mientras



que en el grupo control se encontró mayor incidencia de Infección de tracto urinario, hemorragias del segundo y tercer trimestre y RPM.

En cuanto a la condición del recién nacido, de 135 niños de madres adolescentes, 3 fallecieron, a diferencia del grupo de control en el que se presentaron 8 fallecimientos.

Con relación a las características del recién nacido de las madres adolescentes, el 46.97% presentaron talla baja (62 casos), el 24.24% presentó bajo peso al nacer (peso menor a 2500 gr). La microcefalia representó el 23.66%, siendo significativo en relación al grupo control. En cuanto al Apgar al 5º minuto se presentó como factor de riesgo para que los recién nacidos de madres adolescentes presenten mayor incidencia de puntaje menor a 7.

Se pudo evidenciar claramente la diferencia significativa en cuanto a la edad gestacional del recién nacido, constituyendo como factor de riesgo la adolescencia para presentar recién nacidos pretérminos, es así como la incidencia de prematuros representó el 30,30%, mucho mayor con relación al grupo de control, igualmente para la necesidad de procedimientos de reanimación se vio la diferencia significativa al presentar una incidencia de 7,4% (10 casos) que requirieron de algún tipo de procedimiento de reanimación.

En el estudio se encontró que la complicación más frecuente del recién nacido de madre adolescente fue la Insuficiencia respiratoria con un 8,69 % (12 casos), seguido de la Enfermedad de membrana hialina con el 3,62% (5 casos), lo que indica al existir diferencia significativa que la adolescencia constituye un factor de riesgo para estas complicaciones, no así en los recién nacidos del grupo de control en donde se observó que la principal complicación fue la Insuficiencia Respiratoria en tan solo el 2,76% (7 casos).



En lo que respecta al destino del recién nacido se vio que los hijos de madres adolescentes requerían más del servicio de neonatología presentando una incidencia de 10,60% (14 casos) que requirieron de este servicio, al contrario de los hijos del grupo de control que fue mucho menor.

Cabría esperar, en base a lo señalado recientemente en la literatura local, nacional y extranjera, que las verdaderas diferencias entre ambos grupos se produzcan principalmente por dos factores:

El primero, dado principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo las pacientes con edades de 15 y 19 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas y descritas en la literatura.

El segundo factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, como factor determinante en la prevalencia de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.



## RECOMENDACIONES

- Se sugiere continuar con las acciones de promoción de la salud prenatal y prevención de las complicaciones maternas y del recién nacido.
- Fortalecer el trabajo conjunto entre las instituciones de salud y educación, orientado hacia la Salud Sexual y Reproductiva, con la finalidad de brindar una adecuada información para fomentar el conocimiento sobre planificación familiar, autoestima y toma de decisiones, logrando así disminuir el embarazo no deseado, aborto y deserción escolar.
- Mejorar el cumplimiento, cobertura y difusión de los programas de salud materno-infantil, establecidos por el Ministerio de Salud, con el fin de educar a los y las adolescentes sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.



## Referencias Bibliográficas.

1. AFPA, Análisis de Situación del embarazo adolescente en los Países del Área Andina EAT, junio 2007
2. Blum R., MD; La salud de los adolescentes; Journal USA, Cuestiones Mundiales 2005.
3. Casas J. Chumbe O. Inguil R. González L. Mercado F. "El Parto en la Adolescente. Estudio de 3 grupos: Adolescente temprana , tardía y grupo control". Ginecol Obstet Peru 1998 ; 44:101-106
4. Cueca A. Salvador J. Maradiegue E. "Conocimiento de salud reproductiva en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1994". Rev. Ginecología y Obstetricia Perú 1996; 42 (3): 42-9
5. Díaz A. Sanhueza P. Yaksic N. "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.
6. Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil. ENDEMAIN 2004.
7. Falen J. Quiroz J. Figueroa E. "Estado nutricional de la gestante adolescente y del recién nacido y consumo de alimentos y nutrientes". Ginecol Obstet Perú 1997;43(1):9-14
8. Fernández L. Carro E. Oses D. Pérez P. "Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes" Rev. Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2)
9. González A. Alonso R. Gutiérrez A. Campo A. "Estudio de gestantes Adolescentes y su repercusión en el recién nacido, en un área de salud". Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002; 61(664): 365-399
10. González C. "Riesgo Reproductivo. Embarazo en Adolescentes". En : Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. 1ra. Ed. Lima-Perú .MAD Corp S.A. 2002 p894-903.



11. Hernández J, Alonso D, Rodríguez M, Homma J. "Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales ginecoobstétricos". Rev. Cubana Obstet Ginecol 2003;29(3)
12. Jolly MC, Segire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol*; 96(6): 962-966. 2000
13. Luchin E, Larraurre G, Córdova D. "Características de salud reproductiva en gestantes que acuden a un servicio de atención diferenciada para adolescentes". Rev. Ginecología y Obstetricia Perú 2000; 46 (4): 325-32
14. Maida A, Muñoz R, Hochtatter E. "Embarazo y adolescencia". Rev. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia 1996; 3(1)
15. Mejía E. "Características del embarazo parto , puerperio y recién nacido de la gestante adolescente en la altura". Ginecol Obstet Perú 2000; 46(2): 135-140
16. Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T. "Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas". Rev. Sogia 1998; 5(1): 17-28.
17. Molina R, Sandoval J, Luengo X. En : Pérez A, Donoso E. .Obstetricia. 3º Ed. Santiago de Chile - Chile Publicaciones técnicas Mediterráneo; 1999. p245-256
18. Montero A, Matamala M, Valenzuela M. "Principales características biosicosociales del embarazo y parto en adolescentes". Rev. Sogia 1999; 6: 10.
19. Ñauta, J. Malnutrición materna, parto y bienestar fetal. Hospital Vicente Corral Moscoso. Abril-Julio.2007. Rev.Fac.CCMM. 28(1):81-87, 2009.
20. Núñez-Rivas H, Elizondo-Ureña A, Monge-Rojas R, Rojas A, Gríos-Dávila C, Garita C. Características reproductivas de adolescentes costarricenses de área urbana marginal. Bol Hosp Infant Mex 2002; 59 (10): 633-644.
21. OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. Washington D.C. 2006. pág. 3,5,8.



22. OPS/OMS/UNFPA/UNIFEM. Género, Salud y Desarrollo de las Américas.  
*Indicadores Básicos. 2005.* pág. 9,10
23. Padilla De Gil. "Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia".  
Rev. Sogia 2000; 7(1): 16-25.
24. Padilla, G. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev.  
Sogia 7(1): 16-25. 2000.
25. Peláez J. "Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al  
trabajo de Ángel Maida y cols". Rev Sogia 1996; 3(1): 13-16.
26. Salvador J. Maradiegue E. "Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital  
Nacional Cayetano Heredia 1992-1994" Ginecol Obstet. (Perú) 1995; 41 (3): 39-7.
27. Sánchez-Guerrero O. Para entender la conducta sexual de los adolescentes. Acta  
Ped Mex 2002; 23 (4): 207-209.
28. Valdez S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bar Dales E. "Embarazo en la  
adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones" Rev. Cubana Obstet Ginecol  
2002;28(2):
29. Varas J. Schmied W. "Embarazo y Parto Adolescentes". Rev. Chilena Obstet  
Ginecol 2001:66(3):171-174
30. Vázquez A. Guerra C. Herrera V. De La Cruz F. Almiral A. "Embarazo y  
adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes" Rev.  
Cubana Obstet Ginecol 2001;27(2):158-64



## ANEXO 1.

CARACTERISTICAS DEL PARTO EN MADRES ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA. FEBRERO – ABRIL DEL 2008					
			Cuestionario Número <input type="text"/>		
DATOS DE LA MADRE					
Edad <input type="text"/>			Estado Civil	Soltera <input type="checkbox"/>	
Instrucción	Ninguna <input type="checkbox"/>			Casada <input type="checkbox"/>	
	Primaria <input type="checkbox"/>			Unión Libre <input type="checkbox"/>	
	Secundaria <input type="checkbox"/>			Divorciada <input type="checkbox"/>	
	Superior <input type="checkbox"/>			Viuda <input type="checkbox"/>	
	Paridad Nº Gestación <input type="text"/>			Acompañamiento _____	
Procedimientos durante el parto	Es spontáneo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Patologías	
	Inducción <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	Conducción <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	Enema <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	Episiotomía <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Forma de terminar el parto	Parto <input type="checkbox"/>	Número de fetos	Uno <input type="checkbox"/>		
	Cesárea <input type="checkbox"/>		Dos <input type="checkbox"/>		
			Más de dos <input type="checkbox"/>		
DATOS DEL RECIEN NACIDO					
SEXO	Masculino <input type="checkbox"/>	Peso (gr)	Menos de 2500 <input type="checkbox"/>	Edad Gestacional por FUM	Menor de 37 <input type="checkbox"/>
	Femenino <input type="checkbox"/>		2500 a 3500 <input type="checkbox"/>		37 a 41 <input type="checkbox"/>
			Más de 3500 <input type="checkbox"/>		Más de 41 <input type="checkbox"/>
Talla (cm)	Menos de 48 cm <input type="checkbox"/>	APGAR	1er minuto	5to minuto	Perímetro Cefálico _____ cm
	48 a 52 cm <input type="checkbox"/>		0 – 3 <input type="checkbox"/>	0 – 3 <input type="checkbox"/>	
	Más de 52 cm <input type="checkbox"/>		4 – 6 <input type="checkbox"/>	4 – 6 <input type="checkbox"/>	
			7 – 10 <input type="checkbox"/>	7 – 10 <input type="checkbox"/>	
Patologías del RN			Destino	Madre <input type="checkbox"/>	
				Neonatología <input type="checkbox"/>	
			Procedimientos de Reanimación	Si <input type="checkbox"/>	
				No <input type="checkbox"/>	



## ANEXO 2

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE			
VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Número de años cumplidos	10 - 19 años 20 – 29 años
VARIABLES DEPENDIENTES			
<b>Forma de terminación del embarazo</b>	Proceso mediante el cual el recién nacido sale del útero al mundo exterior	Vía del parto	Vaginal Cesárea
<b>Procedimientos durante el parto</b>	Conjunto de procedimientos obstétricos que se realizan durante la labor de parto y parto.	Tipo de procedimiento realizado durante el parto	Espontáneo Inducción Conducción Enemas Episiotomía
<b>Número de fetos</b>	Número de hijos vivos que se obtuvieron producto de un embarazo.	Hijos	Uno Dos Más de dos
<b>Patología</b>	Alteración patológica de uno o varios órganos, que da lugar a un conjunto de síntomas característicos.	Tipo de patología	Preeclampsia Eclampsia IVU Amenaza de parto pretérmino RCIU RPM Corioamnionitis Hemorragias del primer trimestre Hemorragias del segundo y tercer trimestre
<b>Condición del recién nacido</b>	Cualquier cambio o variación en las características físicas, fisiológicas o biológicas del recién nacido y que conlleven anormalidad en función de los estándares establecidos o aceptados, constituyen condiciones de riesgo que ponen en peligro la vida	Condición al nacer	Vivo Muerto
<b>Peso del RN</b>	Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo.	Peso en gramos para la edad gestacional	Pequeño para la EG Adecuado para la EG Grande para la EG
<b>Talla del RN</b>	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Talla en centímetros para la edad gestacional	Pequeño Medio Grande
<b>Perímetrocefálico del RN</b>	Medición de la circunferencia de la cabeza de un niño en su parte más amplia (por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza).	Perímetro cefálico en centímetros para la edad gestacional	Macrocefálico Normocefálico Microcefálico
<b>Valoración de Apgar</b>	Índice que permite valorar el estado del recién nacido a los cinco y a los diez minutos después del parto.	Puntaje de Apgar	Asfixia Grave Asfixia Moderada Normal
	Tiempo transcurrido desde el comienzo del	Número de	Pretérmino



<b>Edad Gestacional por FUM</b>	embarazo, se puede calcular teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación.	semanas de gestación según FUM	Término Postérmino
<b>Procedimientos de reanimación en el RN</b>	Conjunto de primeros auxilios y medidas utilizadas para conseguir la recuperación del paciente en caso de fallo cardíaco y/o respiratorio.	Tipo de procedimientos de reanimación	Oxígeno Tubo endotraqueal Masaje cardíaco Medicamentos
<b>Patologías del recién nacido</b>	Alteración patológica de uno o varios órganos, que da lugar a un conjunto de síntomas característicos en el recién nacido.	Tipo de patología	Enfermedad de membrana hialina Enfermedad hemorrágica del recién nacido. Insuficiencia respiratoria. Malformaciones congénitas
<b>Destino</b>	Lugar al que es llevado el recién nacido luego del parto	Lugar de ubicación del RN luego del parto	Madre Neonatología

#### VARIABLES DE CONTROL

<b>Estado Civil</b>	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Relación de pareja	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
<b>Instrucción</b>	Curso que sigue un proceso o expediente que se está instruyendo.	Nivel Educativo	Ninguno Primaria Secundaria Superior
<b>Paridad</b>	Número de partos previos.	Partos	Primípara Multípara
<b>Acompañamiento durante el parto</b>	Acción y efecto de acompañar durante el parto.	Pareja Familiar Amigo/conocido	Si No
<b>Sexo del RN</b>	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. Presencia de características sexuales secundarias		Masculino Femenino