



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (3): 37-47

Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 1992-1994

JORGE SALVADOR¹, [EDUARDO MARADIEGUE](#)²

Resumen

Estudio prospectivo longitudinal del tipo cohorte, realizado en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, desde enero de 1992 hasta diciembre de 1994, con el objeto de determinar las características y riesgos de las gestantes adolescentes atendidas de parto. Para ello se revisó el banco de datos del sistema informático perinatal. Se determinó que el 15% de los partos atendidos era en adolescentes, observándose en ellas 52% de falta de control prenatal, así como una alta frecuencia de complicaciones médicas, siendo las más frecuentes la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia en las adolescentes, el parto abdominal varió entre el 14 y 24%, causado mayormente por desproporción céfalo pélvica, presentación podálica y preeclampsia. La talla en las gestantes menores de 16 años fue menor que en los otros grupos ($p < 0,05$). Los riesgos para las adolescentes tempranas fueron unión no estable, nuliparidad, preeclampsia, desproporción céfalo- pélvica, bajo peso al nacer y prematuridad y para las adolescentes tardías, unión no estable, nuliparidad, preeclampsia y desproporción encéfalo- pelvica.

Palabras claves: factores de riesgo.

Summary

Prospective longitudinal cohort type study done at the obstetrical service of Cayetano Heredia National Hospital, 1992 to December 1994 to determine the characteristics and risks of deliveries in adolescents. Reviewing the informatic system data bank, we determined that 15% of deliveries attended were in adolescents; 52% lacked prenatal complications, especially premature rupture and preeclampsia. Abdominal delivery occurred between 14 and 24 %, especially due to cephalopelvic disproportion, breech presentation and preeclampsia. Height in less than 16 years girls was smaller than in the other groups ($p < 0,05$). Risks for early adolescents were unstable union, nulliparity, preeclampsia, cephalopelvic disproportion, low birtweight and prematurity. For late adolescents, unstable union, nulliparity, preeclampsia and cephalopelvic disproportion.

Key words: Adolescence, risk factors.



Introducción

De acuerdo al último censo nacional de 1993, el 22,8% de la población es adolescente, esto es, aproximadamente cinco millones de personas, significando un incremento cercano al millón en la última década ^{1,2}. Este grupo se asocia a serios problemas económicos y sociales, por lo que su comportamiento está experimentando cambios. Está dispuesto a abandonar tempranamente el hogar, interrumpir sus estudios, buscar pareja e iniciar precozmente su actividad sexual ³⁻⁷, arriesgándose al alcoholismo, las drogas, las enfermedades de transmisión sexual, al embarazo no deseado y a mayores complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; problemas que repercuten en su hijo ^{3,8-14}.

La gestación durante la adolescencia se caracteriza por tener un mayor riesgo de muerte materna y perinatal, consecuencia de abortos, preeclampsia, bajo peso al nacer, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, infección urinaria, falta de control prenatal, tal como es descrito en los múltiples trabajos nacionales e internacionales ^{5,9,12-26}; este orden cambia de acuerdo a las características de la población.

El objetivo principal de este estudio es determinar las características y riesgos de la gestante adolescente atendida en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) durante el período 1992-1994, con la finalidad de contribuir a reconocer sus problemas y a mejorar su calidad de vida.

Material y Métodos

Estudio prospectivo longitudinal del tipo cohorte, realizado en el servicio de obstetricia del HNCH, de los partos atendidos entre enero de 1992 y diciembre de 1994, cuyos datos se encuentran registrados en el sistema informático perinatal (100% de cobertura).

Grupos de estudios Las historias son agrupados para su análisis de acuerdo a la edad de la madre. ^{5,6,18}

- Grupo 1. Adolescencia temprana. Edad materna menor de 16 años.
- Grupo 2. Adolescencia tardía. Edad materna entre 16 y menor de 20 años.
- Grupo 3. Madre sin riesgo por edad. Edad materna entre 20 y 35 años.

En cada grupo se determinó las características de los factores maternos y neonatos.

Factores maternos ^{6,2}

- Preconcepcionales

Estado civil

Educación

Talla

- Concepcionales

Paridad.

Control prenatal.

Inicio del control Prenatal

Patología materna.



- Parto

Vía de parto

Indicación de cesáreas

- Puerperio

Infección.

Hemorragia.

Factores neonatales

- Bajo peso al nacer (BPN).
- Muy bajo peso al nacer (MBPN).
- Pequeño para edad gestacional (PEG)
- Grande para edad gestacional
- Asfixia severa (APGAR 5'=0-3).
- Asfixia moderada (APGAR 5'=4-6).
- Prematuridad.
- Patología neonatal

Mortalidad

- Mortalidad materna
- Mortalidad perinatal
- Mortalidad fetal

- Mortalidad neonatal

Enfoque de riesgo

Se determinó los riesgos de la adolescencia temprana y tardía a través de una tabla de doble entrada. Se tomó como control a las pacientes entre 20 y 35 años ²⁷.

Manejo y análisis de datos

Los datos fueron recolectados y analizados en el centro de cómputo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HNCH. Se utilizó el programa del sistema informático perinatal versión 6,8 1, Fox Pro y el Epi Info para el registro y análisis de datos. Se trabajó con 2% de falta de información, menor que lo recomendado por el CLAP de 3 a 6%. La valoración estadística de las variables discretas se realizó con la prueba del chi cuadrado con la corrección de Yates o la prueba exacta de Fisher; para las variables continuas se usó el análisis de varianza (ANOVA) o la prueba de Kruskal-Wallis.

Se determinó el riesgo a través del riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza (IC); se determinó el probable cambio en la población a través del riesgo atribuible porcentual en la población (RAP%) ²⁷.

El nivel de significancia utilizado fue del 95% ($p < 0,05$).



Resultados

En el período de estudio en el Servicio de Obstetricia del HNCH se atendió 12657 partos, de los cuales 116 eran adolescentes tempranas (0,9%), 1802 adolescentes tardías (14,2%), 9808 tenían edades entre 20-35 años (77,5%). Tabla 1.

Tabla 1. Partos atendidos según edad				
Edad	10-15	16-19	20-35	Total
Número	116	1802	9808	12657
(%)	(0,9)	(14,2)	(77,5)	(100)

Factores maternos

Preconcepcionales

- Estado civil: Se encontró unión no estable en el 58,6% de las adolescentes tempranas, 26,4% de las adolescentes tardías y en el 10,3% de las madres entre 20 -35 años. Tabla 2.
- Educación: El analfabetismo fue menor del 1,5% en los tres grupos de estudio. Tabla 2.
- Talla: La estatura promedio de las adolescentes tempranas fue de 150,2 cm, de las adolescentes tardías fue de 152,9 cm y en las de edad adecuada de 153,3 cm, encontrándose menor talla con significancia estadística en las adolescentes tempranas ($p < 0,05$). Tabla 2.

Tabla 2. Factores preconcepcionales y conceptuales						
Edad	10-15		16-19		20-35	
	N	%	N	%	N	%
Madres	116		1802		9808	
Preconcepcionales						
- Estado civil						
Unión no estable	68	58,6	475	26,4	1013	10,3
Unión estable	48	41,4	1326	73,6	8774	89,5
Sin dato	0	0,0	1	0,01	16	0,16
- Educación						
Analfabeto	1	0,9	27	1,5	114	1,2
Alfabeto	115	99,1	1773	98,4	9684	98,7
Sin dato	0	0	2	0,1	10	0,1
- Talla						
Percentil 50 (cm)	152		154		153,9	
Media (cm)	150,2		152,9		153,9	
Diferencia estadística	< 0,05		NS			
	Anoua		Kruskal			
			Wallis			
Conceptuales						
- Paridad						



0	111	95,7	1576	87,5	3932	40,1
1-4	5	4,3	226	12,5	5703	58,1
>4	0	0,0	0	0,0	173	1,8
- Control prenatal (CPN)						
No (0-3)	64	55,2	949	52,7	5007	51,1
Si (>3)	49	42,2	827	45,9	4689	47,8
S/D	3	2,6	26	1,4	112	1,1
Inicio 1er trimestre	9	7,7	116	6,4	962	9,8

Concepcionales

- Paridad: No tuvieron partos previos el 95,7% de las adolescentes tempranas, el 87,5% de las adolescentes tardías y el 40,1% de las gestantes de edad adecuada. Tabla 2.
- Control prenatal: La falta de control prenatal varió entre el 51 y 56% en los tres grupos de estudio. El inicio del control prenatal en el primer trimestre en los tres grupos de estudio fue del 6,4% al 9,8%. Tabla 2.
- Patología materna: La patología materna encontrada fue de 40,5% en el grupo 1, 34,1% en el grupo 2 y del 33,5% en el grupo 3. La ruptura prematura de membranas y la enfermedad hipertensiva de la gestación son las patologías más frecuentes en los tres grupos de estudio. Tabla 3.

Tabla 3. Factores concepcionales. Patología materna						
Edad	10-15		16-19		20-35	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Madres	116		1802		9808	
Patología materna	47	40,5	615	34,1	3289	33,5
- RPM	13	11,2	200	11,1	1015	10,3
- Preeclampsia	14	12,1	180	10,0	784	8,0
- Eclampsia	2	1,7	11	0,6	30	0,3
- ITU	5	4,3	80	4,4	417	4,3
- HIT	1	0,9	21	1,2	195	2,0
- RCIU	2	1,7	14	0,8	70	0,7

Parto

- Vía de parto e indicación de cesáreas

Se realizó parto abdominal en el 24,1% de las adolescentes tempranas, 14,3% de las adolescentes tardías y en el 19,9% de las gestantes de edad adecuada. Las principales causas de cesáreas en las adolescentes tempranas, y tardías fueron la desproporción céfalo- pélvica (DCP), la presentación en podálico y la preeclampsia; mientras que en las de edad adecuada fue la cesárea previa, la presentación en podálico y el sufrimiento fetal agudo. Tablas 4 y 5.



Edad	10-15		16-19		20-35	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Madres	116		1802		9808	
Cesárea	28	24,1	258	14,3	1950	19,9
Vaginal	88	75,9	1544	85,7	7858	80,1

Edad	10-15		16-19		20-35	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Cesárea	20		258		1950	
Indicación						
- DCP	9	32,1	61	23,7	209	10,7
- Podálico	4	14,3	51	19,8	238	12,2
- Preeclampsia	5	17,9	38	14,7	211	10,8
- SFA	3	10,7	25	9,7	235	12,1
- Cesareada previa	1	3,6	21	8,1	508	26,1
- Presentación transversa	2	7,1	13	5,0	98	5,0
- Alteración de contracción	0	0,0	17	6,6	108	5,5
- Hemorragias (DPP,PP)	0	0,0	8	3,1	116	6,0
- Otros	4	14,3	24	9,3	227	11,6

Cuando sólo consideramos a las gestantes nulíparas, encontramos parto abdominal en el 23,4% de las adolescentes tempranas, 14,1% en las adolescentes tardías y en el 22% de las gestantes de edad adecuada. Las principales causas de cesáreas en estos tres grupos de estudio fueron la DCP, la presentación podálica y la preeclampsia. Tabla 6.

Edad	10-15		16-19		20-35	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Cesáreas	26	23,4	223	14,1	864	22,0
Indicación						
- DCP	9	34,6	57	25,6	157	18,2
- Podálico	4	15,4	49	22,0	147	17,0
-Preeclampsia	5	19,2	36	16,1	143	16,5
- Sufrimiento fetal agudo	3	11,5	24	10,8	138	16,0
- Cesárea previa	0	0,0	0	0,0	0	0,0
- Presentación	2	7,7	13	5,8	39	4,5



- Alteración de la contracción	0	0,0	16	7,2	76	8,8
- Hemorragias DPP,PP	0	0,0	5	2,2	43	5,0
- Otros	3	11,5	23	10,3	121	14,0

Puerperio

- Infección y hemorragia: En los tres grupos de estudio fueron menor al 3% y 1%, respectivamente. Tabla 7.

Edad	10-15		16-19		20-35	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Madres	116		1802		9808	
- Infección						
Si	3	2,6	28	1,6	95	1,0
No	113	97,4	1774	98,4	9713	99,0
- Hemorragia						
Si	1	0,9	15	0,8	60	0,6
No	115	99,1	1787	99,2	9748	99,4

Factores neonatales

- Bajo peso al nacer: Su presencia fue del 14,2% en las adolescentes tempranas, del 8,2% en las adolescentes tardías y del 7,0% de la madres de edad adecuada. Tabla 8.
- Muy bajo peso al nacer: Su incidencia fue menor al 2% en los tres grupos de estudio. Tabla 8.
- Pequeño para la edad gestacional: Su ocurrencia varió entre el 5,4% y el 8,8% en los tres grupos de estudio. Tabla 8.
- Grande para la edad gestacional (GEG): El diagnóstico de GEG osciló entre el 3,3% y el 5,3% en los tres grupos de estudio. Tabla 8.
- Asfixia severa: Esta fue menor del 1,7% en los tres grupos de estudio. Tabla 8.
- Asfixia moderada: Su presencia varió entre el 3% y 5,3% en los tres grupos de estudio. Tabla 8.
- Prematuridad: La frecuencia de prematuridad fue de 15,9% en las adolescentes tempranas, del 8,2% en las adolescentes tardías y del 7,6% de las madres de edad adecuada. Tabla 8.
- Patología neonatal: La patología neonatal varió entre el 4,3% y el 5,3% en los tres grupos de estudio, Tabla 8.

Edad	10-15		16-19		20-35	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
RN vivo>499g	113		1783		9682	
Peso al nacer						
- BPN (<2500)	16	14,2	147	8,2	680	7,0
- MBPN (<1500)	2	1,8	17	1,0	110	1,1
- PEG	10	8,8	108	6,1	521	5,4
- GEG	4	3,5	59	3,3	595	6,1



Asfixia						
- Severa	0	0,0	30	1,7	150	1,5
- Moderada	6	5,3	40	2,7	293	3,0
Prematuridad	18	15,9	147	8,2	732	7,6
Con patología	6	5,3	82	4,6	420	4,3

Mortalidad

Mortalidad materna

Ocurrió 18 muertes maternas en los tres años de estudio; sólo una era adolescente y tenía 16 años; la causa básica de esta muerte fue corioamnionitis. La tasa de muerte Materna para las adolescentes tardías fue de 56 x 100000 nacidos vivos (nv) y de las gestantes entre 20 y 35 años fue de 155 x 100 000 nv. Tabla 9.

Edad	10-15	16-19	20-35	Total general
Casos	0	1	15	18
Tasa x 100 000 NV (> 999g)	0	56	155	144

Mortalidad perinatal

Se encontró una tasa de muerte fetal tardía de 26,1; 7,8 y 16,1 x 1000 nv en las gestantes adolescentes tempranas, tardías y de edad adecuada, respectivamente. Asimismo, se encontró una tasa de muerte neonatal precoz de 0; 6,7 y 7,2 en los tres grupos mencionados. La mortalidad perinatal I fue de 26,1 x 1000 nv en las adolescentes tempranas de 14,5 x 1000 nv en las adolescentes tardías y de 23,2 x 1000 nv en las niadres de edad adecuada. Tabla 10.

Edad	10-15	16-19	20-35
- Muerte fetal tardía (MFT)1	3	14	158
- Tasa MFT x mil nv1	26,1	7,8	16,1
- Muerte neonatal precoz (MNP)1	0	12	69
- Tasa MNP x mil nv1	0	6,7	7,2
- Tasa de la muerte perinatal I x mil nv1	26,1	14,5	23,2
- Tasa de muerte perinatal II x mil nv2	34,5	29,2	33,2
1, > 999g.			
2, > 500g.			

Enfoque de riesgo

Adolescencia temprana. Se determinó riesgo con significancia estadística en los siguientes factores:

- Factores maternos: Unión no estable, nuliparidad, preeclampsia, eclampsia y DCP. Tabla 11.



Tabla 11. Factores maternos		
Factores	Edad	
	10-15 RR (TC)	16-19 RR (TC)
Preconcepcional		
- Unión no estable	5,7 (4,8-6,7)*	2,6(2,3-2,8)*
- Analfabetismo	NS	NS
Concepcional		
- Nulípara	2,3 (2,2-2,5)*	2,1 (2,1-2,2)*
- CPN	NS	NS
- Inicio 1 trimestre	NS	NS
- Patología materna		
Si	NS	NS
RPM	NS	NS
Preeclampsia	1,6 (1,1-2,6)*	1,3 (1,1-1,5)*
Eclampsia	5,6 (1,4-23)*	NS
ITU	NS	NS
HTT	NS	NS
RCIU	NS	NS
- Parto		
Cesárea	NS	NS
Causa de cesárea		
- DCP	3 (1,7-5,2)*	2,2 (1,7-2,8)*
- Preeclampsia	NS	NS
- Podálico	NS	NS
- Transversa	NS	NS
- SFA	NS	NS
- Puerperio		
Infección	NS	NS
Hemorragia	NS	NS
* p<0,05		

- Factores neonatales: BPN y prematuridad. Tabla 12.

Tabla 12. Factores neonatales		
Factores	Edad	
	10-15 RR (TC)	16-19 RR (TC)
BPN	2 (1,3-3,2)*	NS
MBPN	NS	NS
PEG	NS	NS
GEG	NS	NS
Asfixia severa	NS	NS
Asfixia moderada	NS	NS
Prematuridad	2,1 (1,4-3,2)*	NS
Patología neonatal	NS	NS
Muerte fetal	NS	NS
Muerte neonatal	NS	NS
* p<0,05		



Adolescencia tardía. Se determinó riesgo con significancia estadística en los siguientes factores:

- Factores maternos: Unión no estable, nuliparidad, preeclampsia y DCP. Tabla 11.
- Factores neonatales: No se determinó factor de riesgo. Tabla 12.

Riesgo atribuible porcentual en la población (RAP%)

Adolescencia temprana

- Factores maternos: Se determinó un RAP% de 5 en la unión no estable, de 1 para la preeclampsia, 5 para 1 eclampsia y de 3 para la DCP. Tabla 11.
- Factores neonatales: RAP% de 1 para el BPN y la prematuridad. Tabla 12.

Adolescencia tardía

Factores maternos: Se determinó un RAP% de 19 la unión no estable, de 4 para la preeclampsia y de 12 para la DCP. Tabla 11.

Discusión

Múltiples estudios nacionales e internacionales informan del aumento de la frecuencia del embarazo durante la adolescencia. Ella oscila entre el 7 y el 25% en los diferentes países ^{6,17,28-34}, siendo mayor en los países en desarrollo ^{17,33}.

A nivel nacional, los datos muestran que la incidencia de embarazo en adolescentes varía del 10 al 25% ^{5,6,14,16,23,24}, estando relacionado al inicio precoz y a mayor actividad sexual en los jóvenes; agregado a esto, el temor o desconocimiento de los métodos disponibles para evitarlo ^{4,16}. Las frecuencias más altas se encuentra en la selva, donde la actividad sexual de la adolescente es culturalmente aceptada ^{5,23}. Al iniciar la población su reproducción a edades más tempranas, se duplica en menor tiempo, creciendo en forma desordenada, creando problemas sociales, de salud y de población.

En nuestro trabajo encontramos que el 15,1% de los partos que se atiende en el hospital son en mujeres de 20 años, superior en 50% a nuestras tasas de la década del 80 (35). Este aumento está influenciado por nuestra condición de hospital de referencia nacional, por lo cual concentramos casos con riesgo, como son las adolescentes. El porcentaje de adolescentes tempranas está de acuerdo a lo informado por otros autores nacionales, menor del 2% ^{5,13,16,19,22,30,36,37}.

Encontramos aumento con significancia estadística de la unión no estable en las adolescentes, riesgo que se incrementa a menor edad, hallazgo observado en otras instituciones nacionales ^{5,13,14,18,30,38}. El hecho de no tener pareja estable las priva de sus beneficios económicos, sociales y legales, reflejando los cambios de su comportamiento a nivel de pareja y sexualidad.

El analfabetismo no es un problema en nuestra institución; porcentajes ligeramente mayores se observa en trabajos anteriores ^{14,16}.

Demostramos la menor talla de las gestantes entre 10 y 15 años, el cual puede ser usado como indicador de la inmadurez del desarrollo físico ⁴; no se observó esta diferencia con las adolescentes tardías.



Una forma de medir el nivel de desprotección en planificación familiar de la adolescente es a través de la presencia del antecedente de parto. En nuestra población de estudio encontramos porcentajes importantes de este antecedente; semejantes frecuencias son descritos en otros estudios ^{14,16,30,37}.

Existe un alto porcentaje de falta de control prenatal ^{5,14,16} así como un inicio tardío de la consulta prenatal en los tres grupos de estudio, explicado probablemente por la falta de recursos económicos y de comprensión de los beneficios que éste les puede ofrecer ^{14,16}. También se describe que en las adolescentes existe la tendencia a ocultar la gestación por temor o vergüenza y tener actitud negativa frente al médico o a las instituciones de salud ⁵.

Alto porcentaje de patología materna es prevalente en los estudios nacionales ^{5,6,13,14,16,18,19}, en los mismos niveles de nuestro trabajo, el cual no varió con la edad. Nuestras principales complicaciones fueron ruptura prematura de membranas, preeclampsia e infección del tracto urinario; variando de otros reportes que describen anemia ^{13,14}, preeclampsia ^{6,13,14}, vulvovaginitis ¹⁶ parto prematuro ¹³, ruptura prematura de membranas ¹³ e infección de la vía urinaria ^{13, 14,16}. Si bien la patología materna, en general, es semejante en los tres grupos, se observa un incremento con significancia estadística de la enfermedad hipertensiva de la gestación con la adolescencia ^{5,6,13,14,25,30}, en especial de la eclampsia en las adolescentes tempranas ¹⁴. Con respecto a otras complicaciones del embarazo, no hemos encontrado diferencia entre los tres grupos de estudio, lo que coincide con otros estudios nacionales ^{12,38}. Hay siempre que considerar que las complicaciones médicas son más peligrosas en organismos que aún no han completado su, formación.

Se afirma que, independiente del grupo etéreo, un adecuado control prenatal disminuye la tasa de todas las complicaciones.

Las publicaciones no refieren aumento de la incidencia de cesáreas en las adolescentes a nivel nacional ^{5,14,25} e internacional ^{31,32}, hecho también encontrado en nuestro estudio. Sin embargo, se les describe mayor frecuencia de distocias de labor de parto por razones de inmadurez estructural, que dependen de estrechez pélvica, anomalías en la contracción uterina y presentación podálica ¹⁵. Nosotros sí encontramos mayor indicación de cesáreas por desproporción céfalo- pélvica, tanto en las adolescentes tempranas como en las tardías ^{6,18}.

Los problemas puerperales encontrados fueron menor del 5% tal como lo describen en otros estudios ^{14,16,19}. Así mismo, no se encontró incremento de éstos con respecto a las púerperas de 20 a 35 años ^{14,20}.

A nivel neonatal, la existencia de bajo peso fue semejante a la de otros investigadores, oscilando entre 7 y 14% ^{14,16,18,39}. Sin embargo, observamos un claro aumento de éstos, con significancia estadística sólo en las madres menores de 16 años de edad ^{19,21,39,40}.

La frecuencia de pequeños para la edad gestacional son semejantes a los descritos en los trabajos nacionales, no observándose diferencia con respecto a la edad de la madres ^{5,19}.

Se ha sugerido que el desarrollo físico incompleto, la desnutrición materna, así como el incremento de los requerimientos nutricionales como consecuencia de su desarrollo físico y el embarazo, predisponen a mayor frecuencia de niños con bajo peso y pequeños para edad gestacional ¹².

Con respecto a la asfixia neonatal, nuestras frecuencias son bajas en los tres grupos ^{5,14,18,19}. No se encontró mayor riesgo de asfixia en las adolescentes ^{5,19}.

En nuestro estudio observamos un alto índice de prematuridad en las adolescentes tempranas, con significancia estadística, como es señalado por otros autores ^{5,6,13,14,16,18,19,30,41}.

La literatura describe como grupo de riesgo para muerte materna a las gestantes menores de 20 años ⁴²⁻⁴⁴. Sin embargo, no encontramos una mayor tasa de muerte materna en las adolescentes durante el parto y puerperio. Estudios realizados en varios hospitales de Lima muestran que un alto porcentaje de muertes ocurre en jóvenes adolescentes ⁴²⁻⁴⁴, causados mayormente por infecciones. Es importante resaltar el problema grave de la embarazada adolescente que opta por el aborto, especialmente en el nivel socioeconómico bajo, que al ser ejecutado por empíricos, condiciona infecciones, desgarros, perforaciones, sinequias de la cavidad uterina e infertilidad.

La tasa de mortalidad perinatal es mayor en las madres adolescentes tempranas, aunque sin significancia estadística, los autores informan tasas de mortalidad perinatal II en el grupo de madres adolescentes que oscilan entre 30 a 90 x 1000 nv ^{5,14,18,19,36}. En nuestro estudio, la tasa alta de mortalidad perinatal en las adolescentes tempranas está en relación directa con la muerte fetal tardía.



El análisis del RAP% nos muestra que, de evitar el embarazo en las adolescentes en la población de estudio, disminuirá principalmente la unión no estable, la DCP y la enfermedad hipertensiva asociada a la gestación. El inicio temprano de la actividad sexual y de la maternidad en los países en vías de desarrollo, forman parte de sus problemas en donde, además, se incluye el nivel bajo socioeconómico y educativo. La gestación a edad temprana es preocupante en esta parte de América, porque no favorecen a la madre, al recién nacido, a su entorno familiar, ni aún a su comunidad, por lo cual es importante dar a esta población una adecuada orientación sobre salud reproductiva. Esto es de especial importancia en países como el nuestro en que, según la estructura poblacional, los grupos etáreos posteriores a las actuales adolescentes, son numéricamente iguales, significando que, al menos en la próxima década, el número de adolescentes va a continuar siendo el mismo. Los efectos actuales del control de la natalidad sólo repercutirán posteriormente si es que tienen algún efecto; por eso, es importante no agotar esfuerzos para estudiar y controlar el problema; de allí la necesidad de estudios como los de Bachman⁶, Cervantes¹⁸, Contreras²⁴, Chávez²⁵, Ludmir²³, Gonzales⁵, Morán²⁶, Palma⁹, Parra¹⁴, Reckemmer¹⁹, Távara²² y Tang¹⁶.

Es necesario educar a las adolescentes, mejorar el nivel de conocimientos acerca de sexualidad y anticoncepción, así como evitar las actitudes negativas. Rol importante tienen los padres, la escuela, la iglesia, las agrupaciones vecinales, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, programas de planificación familiar, universidades y los organismos no gubernamentales, quienes son los que deben formular estrategias y planteamiento, con el fin de orientar a los jóvenes frente a los potenciales riesgos del embarazo, en aspectos médicos, psicológicos, sociales y del recién nacido. Nunca se insistirá lo suficiente sobre la importancia que tiene la educación, la cual debe estar complementada con la enseñanza de los diferentes métodos de planificación familiar, en especial, en aquellos grupos donde el entorno no fuera favorable. En países donde existe un adecuado programa de anticoncepción se ha conseguido una importante reducción en la tasa de natalidad y en la tasa de abortos de los adolescentes.

También se recomienda crear en nuestros servicios de salud consultorios para atender a los adolescentes, donde exista un equipo multidisciplinario de salud, con normas precisas para el manejo apropiado y conveniente, en especial de la menores de 15 años, las cuales están más expuestas, hecho que ha sido demostrado en este estudio^{6,13,18,19}. Consciente del problema, el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HNCH ha asumido su responsabilidad; por ello existe un grupo de trabajo que realiza la atención integral del adolescente, dentro del cual se sitúan cuatro líneas de acción: asistencial, educativa, de participación comunitaria y de investigación. Se espera con ello contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno infantil.

Referencias Bibliográficas

1. INEI. República del Perú. Censo Nacional de Población y Vivienda. 1993.
2. INEI. República del Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 1991/1992. INEI. Prisma, y Macrointernational Inc. eds. 1992.
3. Focus L. Sexualidad en la adolescencia, Rev. Colombiana de Obstet. Ginecol. 1983; 34 (4): 273.
4. Ferrando D, Singh S, Wulf D. Adolescentes de hoy, padres del mañana. The Alan Guttmacher Institute. Perú, 1989.
5. Gonzales G. La adolescencia en el Perú. UPCH. Instituto de investigaciones de la Altura. OMS. Primera edición. Lima, 1994.
6. Bachman C. Adolescencia Riesgo reproductivo. Omega S-A. Concytec. Lima 1989.
7. Tyrer L. Complicaciones del embarazo en adolescentes. Clin. Obstet. Gynecol. 1978; 4: 1183
8. Chu M. Salud reproductiva de jóvenes que estudian en centros educativos nocturnos de Lima metropolitana, Lima 1990 (Inédito).
9. Palma R, et al. El aborto en la maternidad de Lima con especial énfasis en adolescentes. Acta Médica Peruana 1985; 12 (1): 88-91.
10. Paredes N, Freyre A. Desarrollo psicosocial del adolescente: Etapas y tareas evolutivas. Diagnóstico 1983; 12 (2): 53.
11. Hardy J, et al. Pronóstico a largo plazo de los embarazos adolescentes. Clin. Obstet. Gynec. 1978; 4: 1267.
12. Morillo R. Aspectos obstétricos y psicosociales de los adolescentes en nuestro medio (Tesis bachiller en medicina). Lima Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1976.



13. Ríos R. Gestación en mujeres menores de 16 años (Tesis bachiller en medicina). Lima- Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1986.
14. Parra J, Pinedo A, Távara L, et al. Comportamiento reproductivo de las adolescentes. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo del congreso. Lima- Perú. 1990.
15. Howart J. Poverty as a criterium of risk. Clin. Obstet. Gynecol. 1984; (1): 103-6.
16. Tang L. Embarazo en adolescentes (Tesis de bachiller en medicina), Lima- Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1991.
17. Uriza G. Embarazo en adolescentes. Rev. Colombiana Obstet. Ginecol. 1983; 34 (2): 102-114.
18. Cervantes R, Watanabe T. La adolescencia como problema de salud reproductiva. XI Congr. Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo del congreso. Lima- Perú. 1994.
19. Rechkemmer A. Complicaciones obstétricas y perinatológicas en adolescentes tempranas (Tesis de maestría en medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
20. Loli. Embarazo juvenil. Diagnóstico 1979; 4(5): 237.
21. Torres D, Lévano A, Carrillo G. Incidencia de partos en adolescentes en hospitales públicos de nivel del mar, altura y selva del Perú. Acta Andina 1993; 2: 33.
22. Távara L, et al. La edad como factor de riesgo en las primerizas. Acta médica peruana 1984; 11 (4): 36-42.
23. Ludmir A. Anticoncepción: Consideraciones sobre el adolescencia. Revista Médica 1994; 1-2: 28-32.
24. Contreras H. Gestación en primíparas adolescentes (Tesis de bachiller en medicina), Lima- Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
25. Chávez I. Embarazo en adolescentes en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura (Tesis de maestría en medicina). Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1989.
26. Morán A, et al. El hijo de madre adolescente. Aspectos neonatales. Acta Médica Peruana 1986; 13 (4): 29-31.
27. Sarve E, et al. Factores de Riesgos. Manual de autoinstrucción. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Publication científica CLAP N1264. Montevideo. Primera edición. 1992.
28. The Alan Guttmacher Institute: 11 Million teenagers. The Planned Parenthood Federation of America. New York, 1976.
29. Klein L. Antecedentes de embarazo en adolescentes. Clin. Obstet. Ginecol. 1978; 4: 1199-1208.
30. Duarte- Contreras A. Embarazo en adolescentes de 11 a 15 años. Rev. Colombiana Obstetricia Ginecol 1973; 24(4): 259-71.
31. Leppert P, et al. Cesarean section deliveries among adolescent mothers enrolled in a comprehensive prenatal care program. Am. J. Obstet. Gynec. 1985; 152 (6): 623.
32. McAnarney E, Hendee W. Adolescent pregnancy and its consequences. JAMA 1989; 262 (1): 74-7.
33. Moreno R. Adolescentes y embarazo. Rev. Colombiana Obstetricia Ginecología 1989; 40 (3): 227-32.
34. Zuckerman B, et al. Adolescent pregnancy. Biobehavioral determinants of outcome. J. Pediatrics. 1984; 105(6): 857-63.
35. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Informes y estadísticas anuales. 1980-1990.
36. Chio I, et al. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev. Cubana Obstet. Ginec. 1987; 13(1): 5-21.
37. Earls F, et al. Comprehensive health care for high risk adolescents: an evaluation study. Am. J. Public Health 1989; 79 (8): 999-1005.
38. Bachman C, et al. Madres adolescentes. Academia Peruana de Cirugía 1966; 19 (1): 61.
39. Arias R, et al. Parto en adolescentes. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Libro de temas libres. Lima- Perú. 1985.



40. Bendezú A, et al. Embarazo juvenil. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Libro de temas libres. Lima, Perú. 1985.
41. Trelles J. Mortalidad perinatal y riesgo obstétrico, Hospital Cayetano Heredia, 1985 (Tesis de maestría en salud pública). Lima-Perú: U. Peruana Cayetano Heredia, 1986.
42. Maradiegue E, Castro R. Mortalidad materna en el HNCH (1985-1992), XI Congreso Peruano de Obstetricia y, Ginecología. Tomo del Congreso. Lima- Perú. 1994.
43. Maradiegue E. Mortalidad materna en el hospital Cayetano Heredia 1975-1985 (Tesis de maestría en salud pública) Lima- Perú: U. Peruana Cayetano Heredia, 1986.
44. Mascaro P, Bachman C. Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima, Ginecología y Obstetricia (Perú) 1985; 29: 33.