

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PRIMIGESTA JUVENIL
COMPLICACIONES**

**(REVISION RETROSPECTIVA DE 5 AÑOS
(1974-1978) EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT)**

TESIS

*Presentada a la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de
San Carlos de Guatemala*

POR

SILVANA PATRICIA FLORES DE ARDON

En el Acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

**PRIMIGESTA JUVENIL
COMPLICACIONES**

C O N T E N I D O

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. ANTECEDENTES
 1. GENERALIDADES
 - a) DEFINICION
 - b) PRIMIPARIDAD PRECOZ
 - c) EDUCACION SEXUAL
 2. COMPLICACIONES
 3. TRATAMIENTOS ESPECIALES
 - a) PELVIMETRIA
 - b) PREMEDICACION PREPARTO
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Con el embarazo se produce una serie de modificaciones fisiográvidicas, que abarcan en mayor o menor grado y casi sin excepción a todos los órganos y sistemas.

Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto. Cuando ante la nueva situación un órgano o sistema no reacciona compensando la sobrecarga metabólica, pueden producirse una serie de complicaciones vinculadas estrechamente a la gravidez.

Ello se agrava cuando se trata de madres adolescentes donde observamos alta incidencia de prematurez, preclampsia y diversas complicaciones para Cesáreas y Forceps.

Se ha visto que como consecuencia de la menarquia más precoz y quizá de la evolución sexual, la mayoría de los servicios de Obstetricia sobre todo los que atienden a grandes poblaciones, han apreciado un notable incremento en el número de las mujeres embarazadas extremadamente jóvenes.

El presente trabajo se realizó con la finalidad de hacer notar la importancia que debe tener la atención de la Primigesta joven, enfatizando las complicaciones que su embarazo y parto conllevan; además se realizó revisión bibliográfica sobre el tema comparando métodos, técnicas y tratamiento utilizados.

Esperamos que dicho trabajo coopere aunque en mínima parte al bienestar Materno-Fetal en la primigesta Juvenil.

OBJETIVOS

GENERAL:

1. *Comprende la importancia que se debe dar a la primigesta Juvenil en su embarazo y trabajo de parto.*

ESPECIFICOS:

1. *Establecer el número y porcentaje de partos atendidos en los años 1974 a 1978 de primigestas jóvenes y en general en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt.*
2. *Determinar la incidencia y frecuencia de las complicaciones pre y post-parto, que presentan las primigestas jóvenes.*
3. *Establecer los tipos de tratamiento especiales que fueron dados a las primigestas jóvenes.*
4. *Conocer el porcentaje del control prenatal, y la relación de éste, con las complicaciones de la madre joven.*
5. *Establecer el promedio de peso del recién nacido en la primigesta joven.*

ANTECEDENTES

GENERALIDADES

DEFINICION: Se denomina *grávida* la mujer que está o ha estado embarazada. Con el primer embarazo es una *primigrávida* y con más de uno una *multigrávida* (7-14).

Una *primigrávida* es una mujer que ha dado a luz uno o varios fetos que han alcanzado la fase de viabilidad. Por lo tanto, la interrupción de cualquier embarazo más allá de la fase de aborto confiere condición de *paridad* a la mujer (7-14).

PRIMIPARIDAD PRECOZ: Se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 16 años. De 12 a 14 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la mujer con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil (3-14).

Puede haber abortos o partos prematuros por la mala adaptación del útero a su contenido. Durante el embarazo estas *jovencitas* suelen crecer mucho y la *pelvis*, a pesar de estar insuficientemente desarrollada, conserva por eso mismo partes cartilaginosas que facilitan el parto, además los frutos suelen ser pequeños y de bajo peso (1-14).

En el parto, *distocias* por falta de desarrollo *pelviano*, y aquí, como en el *alumbramiento*, pueden originarse anomalías por deficiencia en las *contracciones uterinas* (6-14).

EDUCACION SEXUAL: La educación de la *sexualidad* incluye ética, moral, fisiología, ciencia política, económica y todos aquellos procesos relacionados con el *entrenamiento* del individuo para comprenderse a sí mismo como *ser sexual* y desarrollar buenas relaciones con otros individuos sexuales (12).

De 11 a 13 años: Durante esta edad ocurre el desarrollo de los órganos sexuales internos en relación con los caracteres sexuales secundarios; pueden discutirse las estructuras y función de los órganos sexuales con una explicación detallada de la concepción y la embriología del desarrollo del feto, así como del parto.

En esta edad lo normal importa más que lo anormal de manera que no hay que despertar miedos innecesarios. Las situaciones patológicas son raras y pueden explicarse individualmente al niño que ha sufrido la experiencia (12-14).

De 14 a 16 años: Esta es la edad en la cual deben abordarse los problemas sociales del sexo; detalles sobre contactos sexuales, contactos premaritales, definición de la promiscuidad, hijos ilegítimos y enfermedades venereas.

Debe desarrollarse la idea de la responsabilidad en el acto del contacto sexual, responsabilidad no sólo para la nueva vida de un hijo que puede producirse, sino también para los individuos que intervienen (12-14).

COMPLICACIONES

El parto no es siempre un fenómeno normal; los múltiples factores que participan en su evolución se perturban y destruyen la armonía necesaria, habiendo con ello complicaciones.

Mehara, reporta un caso raro de una paciente primípara de 14 años, quien en su puerperio inmediato sufrió inversión uterina que fue satisfactoriamente puesta en su lugar por maniobra combinada (vaginal-abdominal). Dicha condición es rara, la cual es inmediata y de gran riesgo. Diagnóstico temprano y tratamiento rápido son esenciales (10).

Otros estudios para detectar factor de riesgo en

embarazadas jóvenes se realizaron en Nueva York, en relación a la actuación que tienen estas adolescentes en el colegio; se obtuvo en una revisión de nacidos vivos, muertes fetales espontáneas y abortos inducidos, entre las edades de 12 y 17 años que las tasas de embarazo aumentaron durante el período de 1971-1974. Este incremento fue atribuido a embarazos que terminaron en abortos inducidos mientras que el índice de los nacidos vivos se mantuvo estable (6).

En otra experiencia realizada en Mississipi, en adolescentes embarazadas, se concluyó que la edad promedio era de 16 años, 98o/o de raza negra, proviniendo la mayoría de hogares pobres y de un solo padre siendo ellas solteras, además no habían tenido control prenatal. El promedio de edad de los padres de los niños de las madres jóvenes fue entre 17 y 19 años. Las complicaciones más frecuentes encontradas fueron: infecciones urinarias, enfermedades venereas y condilomas acuminados (15).

Estudio importante lo constituyó el investigado en Kentucky sobre el efecto del cigarro; se hicieron medidas de hormona de somatotropina coriónica humana en una población bien definida de fumadoras y no fumadoras normales, que comprendía 136 adolescentes primíparas, entre los 12 y 18 años; el grupo de pacientes fumadoras no difiere significativamente de las no fumadoras; ambos grupos tienen su período menstrual a una edad promedio de 12 años y han quedado embarazadas a un promedio de 16 años. El peso aumentado durante el embarazo fué un poco menor en las fumadoras. Los pesos de los recién nacidos y las placentas también fueron un poco menores, pero la diferencia no fue significativa estadísticamente. La circunferencia cefálica y la talla de los recién nacidos fue casi idéntica en ambos grupos. Además se encontró que las fumadoras tenían significativamente más bajos los valores de somatotropina coriónica, a lo largo del embarazo que las no fumadoras (11).

TRATAMIENTOS ESPECIALES

PELVIMETRIA: Aiman, realizó un estudio donde por rayos "X" comparó el tamaño de la pelvis adolescente con la adulta.

Hay poca información sobre la pelvimetría de la joven embarazada. El crecimiento pélvico, desde la vida intra uterina hasta los 18 años, que ha sido examinado por varios autores, revela un desarrollo lineal con la edad gestacional, desde grosor y espesor. Los autores consideran que en jóvenes no se ha completado el desarrollo de la pelvis de la mujer adolescente embarazada, más frecuentemente es pequeña y contracturada. La indicación de pelvimetría no sugiere una anomalía pélvica potencial sino: inducción, estimación de madurez fetal, parto gemelar, posible podálica, placenta previa. Se ha reportado que muy frecuentemente se encuentra desproporción cefalo-pélvica donde el trabajo de parto y la presentación van a ser factores condicionantes de su frecuencia (1).

En un estudio realizado por el Dr. Friedman y Colaboradores en Massachussets, sobre la falta de descenso de la presentación fetal en nulíparas, se encontró que la desproporción cefalo-pélvica era la causa más frecuente que conlleva a posiciones anómalas del feto (5).

PREMEDICACION PRE-PARTO

TRANQUILIZANTES: Una vez que está establecido el parto, es decir, el cuello está algo acortado y dilatado, y las contracciones son regulares, firmes y causan alguna molestia, está generalmente indicada la medicación con un preparado narcótico (ej. Meperidina) más uno de los medicamentos tranquilizantes (ej. Valium).

Los tranquilizantes como el Valium, que es el más frecuentemente usado, disminuyen el estado de ansiedad y calman

la tensión. Sus efectos se deben probablemente a una acción depresora sobre el sistema activador reticular y especialmente sobre el sistema límbico (7-9).

ANALGESICOS: Es importante que los agentes utilizados en la analgesia obstétrica ejerzan poco efecto sobre las contracciones uterinas, en caso contrario podría detenerse el desarrollo del trabajo de parto, suprimiendo las contracciones uterinas, pudiendo provocarse una hemorragia post-parto.

El alivio del dolor por si mismo, aunque deseable, no justifica los métodos que envuelven algún peligro, si no fuera porque permite partos más cuidadosos, más suaves y a menudo más fáciles que dan como resultados madres más sanas y más niños vivos. En general, las primigrávidas no deben recibir una medicación analgésica hasta que las contracciones no sean fuertes y el cuello alcance una dilatación de 3 cms. (7-9).

ANTICONVULSIVANTES: El anticonvulsivante más usado es el Sulfato de Mg., cuya eficacia es bien conocida como depresor de la unión neuromuscular. Su empleo en el tratamiento de Pre y Eclampsia se debe a su eficacia para alejar las convulsiones tetánicas sin deprimir otras zonas del Sistema Nervioso Central (7).

ANTIDIURETICOS: El más frecuentemente utilizado es la Furosemda (Lasix), que administrada ya sea intravenoso, intramuscular o bucal, va a producir una copiosa diuresis tanto en la mujer normal o con edema. Este diurético no modifica la filtración glomerular sino que actúa inhibiendo la reabsorción de Sodio, actuación en el tubo proximal principalmente, pero también en forma acentuada en el asa de Henle y tubo distal (9).

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

1. Departamento de Estadística del Hospital Roosevelt.
2. Libro de Registro de nacimientos de los años 1974 a 1978 del departamento de obstetricia del hospital Roosevelt.
3. Registros clínicos del primigestas jóvenes localizados en el archivo estadístico.
4. Tablas de recopilación de datos.
5. Utiles de Escritorio.

METODO:

Para realizar dicho trabajo se utilizaron los libros de nacimientos del departamento de obstetricia del hospital Roosevelt, obteniendo de los grupos de primigestas jóvenes y en general los siguientes datos:

- a) Edad de la madre
- b) Paridad
- c) Resolución del parto
- d) Condición del Recién nacido
- e) Peso del recién nacido

Posteriormente se procedio a revisar previo a efectuar mediante la técnica de números aleatorios, el análisis de 250 fichas clínicas de primigestas jóvenes (tomando 50 de cada año) investigando lo siguiente:

- a) Control prenatal

- b) Estado civil
- c) Complicaciones pre y post-parto
- d) Tratamientos especiales
- e) Premedicación pre-parto
- f) Distocias

Luego se efectuará la tabulación de los datos haciendo el análisis pertinente a los mismos, obteniendo con ello conclusiones y recomendaciones que redundaran en el bienestar feto-materno.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

TOTAL DE NUMERO DE PARTOS CUADRO No. 1

Años 1974 a 1978	Número	o/o	o/o
No. Total partos	75415	100	
No. Total Primigestas	14568	19.31	100
No. Total Primigesta joven	2289	3.03	15.71

CUADRO No. 1

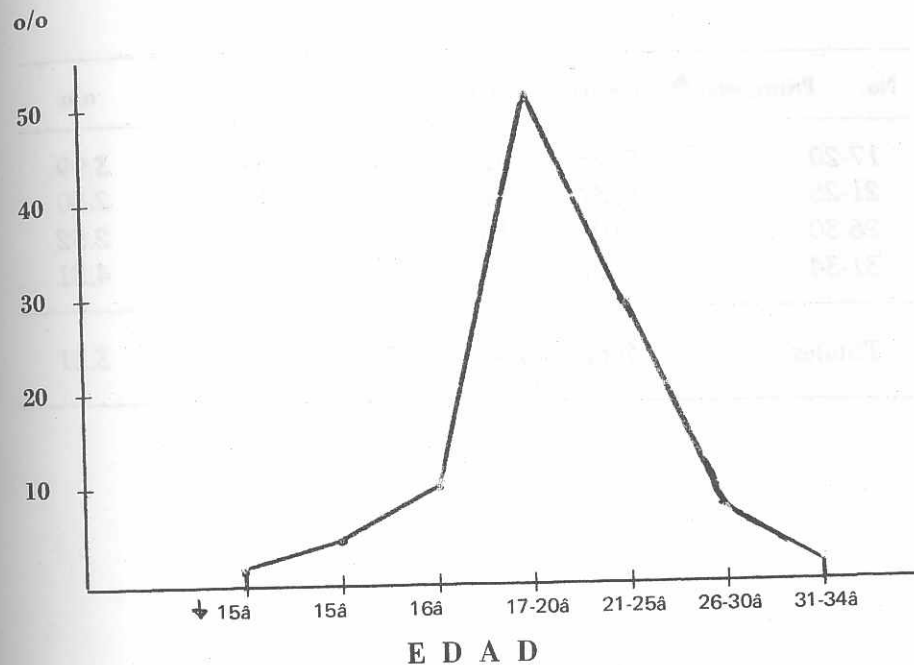
Vemos que el porcentaje de pacientes primigestas jóvenes, en relación tanto al número de partos totales como al número de primigestas mayores de dieciséis años es elevado, ya que éste no debiera sobrepasar el 1 por ciento.

TOTAL DE PRIMIGESTAS POR EDAD

CUADRO No. 2

TOTAL PRIMIGESTAS X EDAD		Subtotal
17-20	8528	50.59o/o
21-25	4631	27.47o/o
26-30	1108	6.57o/o
31-34	301	1.78o/o
<hr/>		
16	1497	8.90o/o
15	557	3.30o/o
↓ 15	235	1.39o/o
<hr/>		
	16857	100o/o

GRAFICO No. 1



CUADRO No. 2 y GRAFICA No. 1

El total de primigestas como vemos en este cuadro y gráfica, es menor en pacientes mayores, entre treinta y uno y treinta y cuatro años. Las primigestas jóvenes tienen mayor número de partos a los dieciséis años y las primigestas arriba de los dieciséis años los tienen entre diecisiete y veinticinco años, sobresaliendo las de diecisiete años.

DISTOCIAS: FORCEPS Y CESAREAS

CUADRO No. 3 "A"

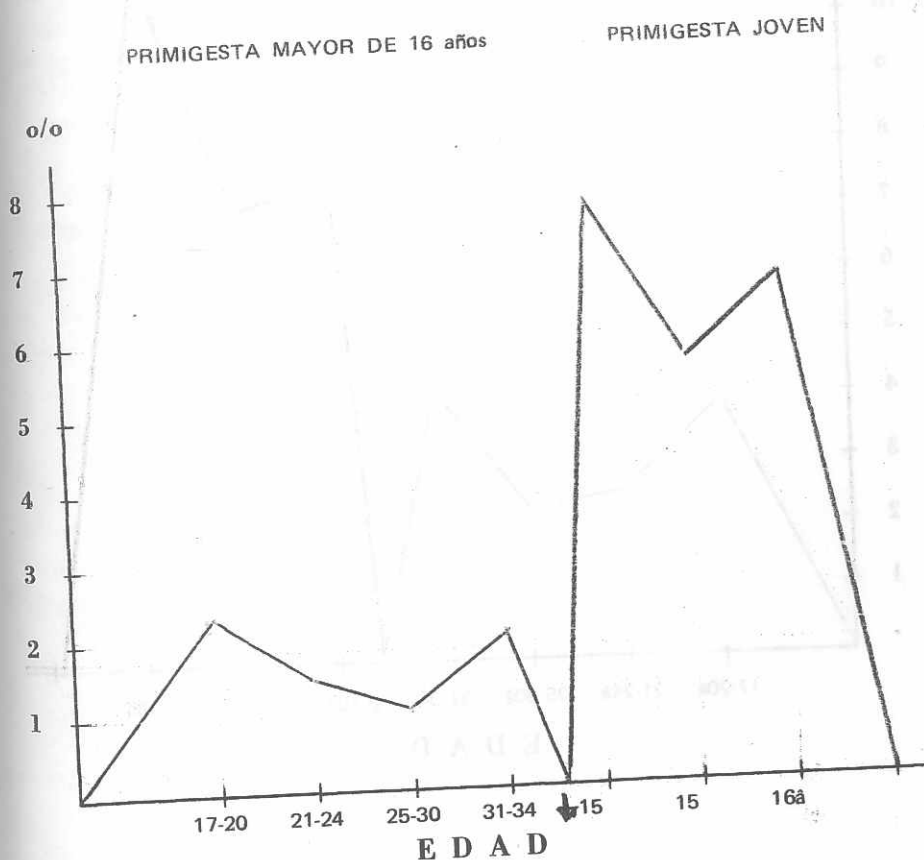
No.	Primigestas ↑ 16 años	Fórceps	o/o	Césarea	o/o
17-20	8528	201	2.35	341	3.99
21-25	4631	72	1.55	130	2.80
26-30	1108	15	1.35	28	2.52
31-34	301	7	2.32	13	4.31
Totales	14568	295	2.02	512	3.51

CUADRO No. 3 "B"

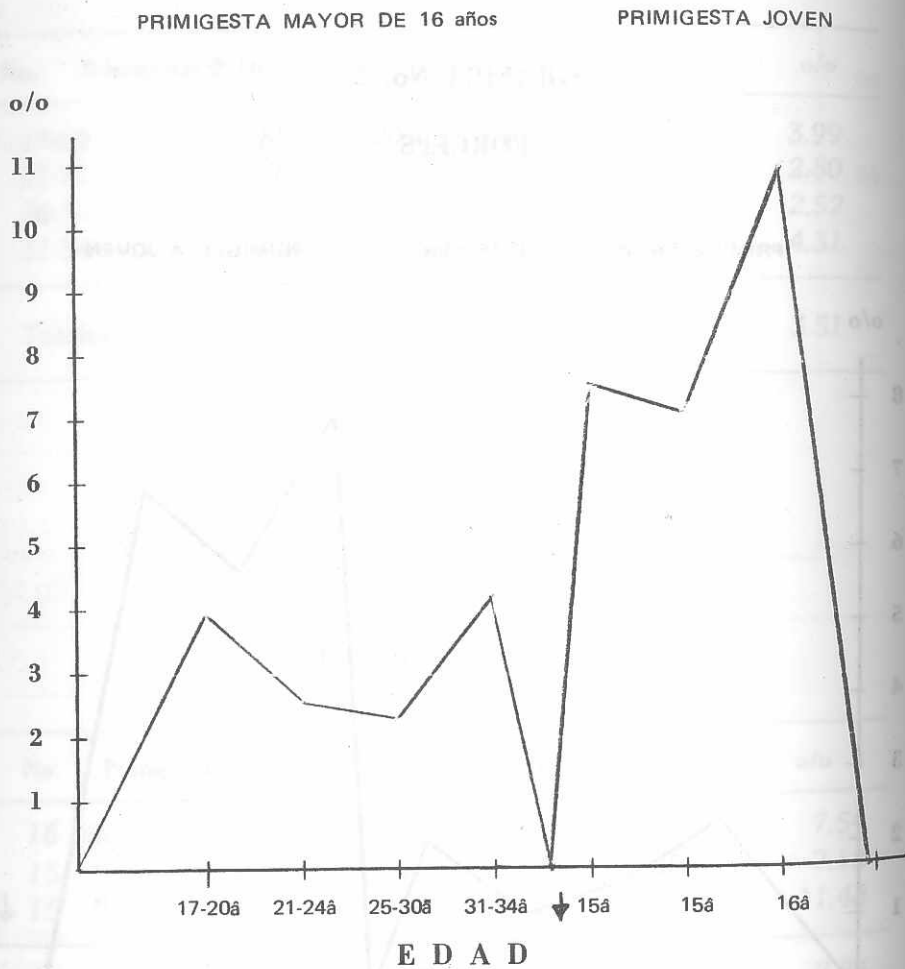
No.	Primigesta joven	Fórceps	o/o	Césarea	o/o
16 años	1497	99	6.61	113	7.54
15 "	557	31	5.56	40	7.18
↓ 15 "	235	18	7.65	27	11.48
Totales	2289	148	6.46	180	7.86

GRAFICA No. 2

FORCEPS



GRAFICA No. 3
CESAREAS



CUADROS 3"A" y 3"B"

Observamos en estos cuadros, que la resolución del parto en las primigestas no jóvenes fue del 2.02o/o para fórceps y 3.51o/o en cesáreas, lo cual es significativamente elevado en la primigesta joven donde se observó 6.46o/o para fórceps y 7.86o/o en cesáreas. Vemos también en estos cuadros que dichas distocias disminuyen en las edades entre 21-30 años para luego aumentar nuevamente entre los 31-34 años.

COMPLICACIONES: PREMATURO Y MUERTE FETAL
CUADRO No. 4"A"

Primigesta	16 años	Prematuro	o/o	Muerte fetal	o/o
17-20	8528	171	2	91	1.06
21-25	4631	89	1.92	47	1.01
26-30	1108	13	1.17	12	1.08
31-34	301	4	1.32	3	0.99
Totales	14568	277	1.90	153	1.05

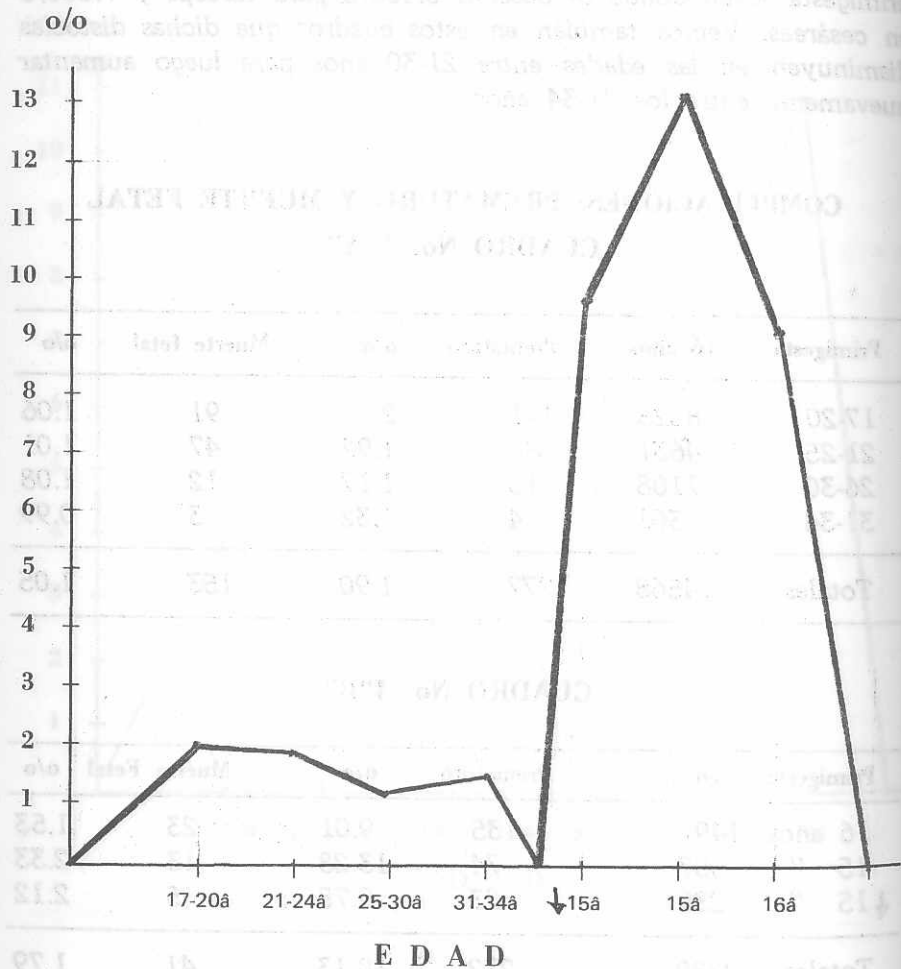
CUADRO No. 4"B"

Primigesta joven	Prematuro	o/o	Muerte Fetal	o/o
16 años 1497	135	9.01	23	1.53
15 " 557	74	13.28	13	2.33
↓ 15 " 235	23	9.78	5	2.12
Totales 2289	232	10.13	41	1.79

GRAFICA No. 4
PREMATUROS

PRIMIGESTA MAYOR DE 16 años

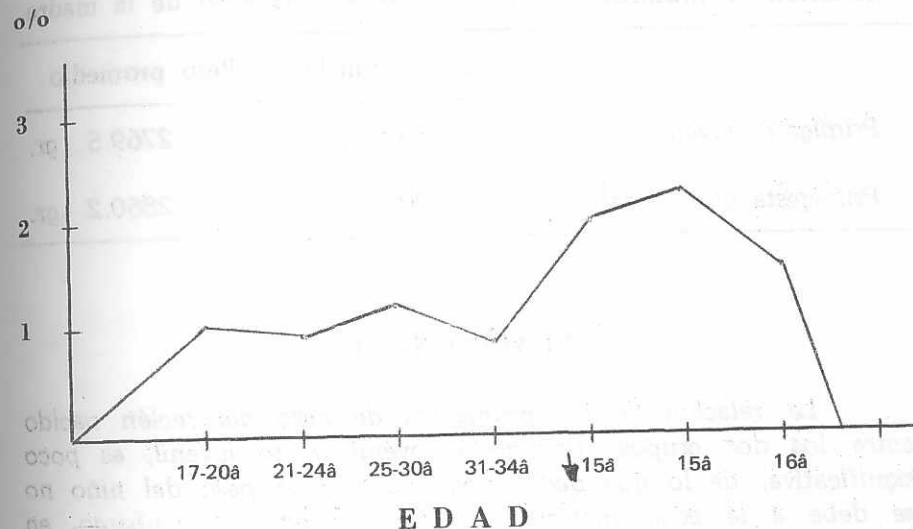
PRIMIGESTA JOVEN



GRAFICA No. 5
MUERTE FETAL

PRIMIGESTA MAYOR DE 16 años

PRIMIGESTA JOVEN



CUADROS 4"A" y 4"B"
Y
GRAFICAS No. 4 y 5

Al ver estos cuadros, se observa la alta incidencia de casos prematuros en la primigesta joven correspondiendo al 10.13o/o, en comparación con lo que se observa en la primigesta arriba de los dieciséis años, en donde únicamente se dió el 1.90o/o.

La muerte fetal en ambos grupos fue poco significativa, 1.79o/o en primigesta joven y 1.05o/o para la primigesta arriba de los dieciséis años.

**PROMEDIO DEL PESO DEL RECIEN NACIDO
EN EDAD DE LA MADRE**

CUADRO No. 5

Relación de promedio del peso de R.N. y la edad de la madre.		
	Edad promedio	Peso promedio
Primigesta joven	15.5	2769.5 gr.
Primigesta en general	20.5	2860.2 gr.

CUADRO No. 5

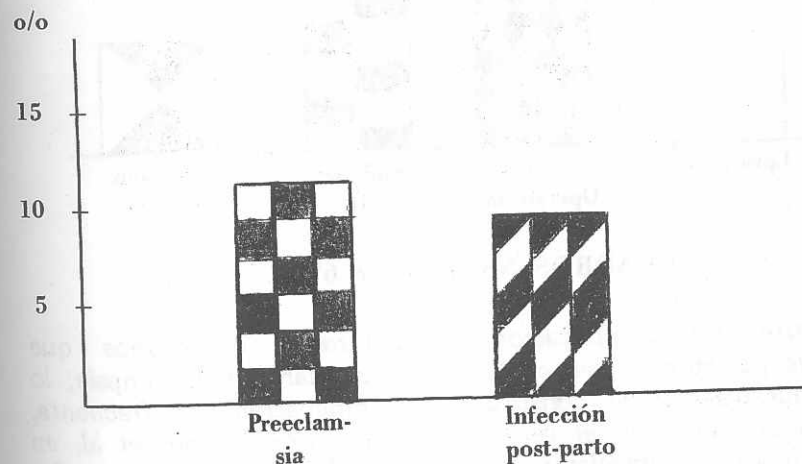
La relación de los promedios de peso del recién nacido entre los dos grupos, primigesta juvenil y no juvenil, es poco significativa, de lo que deducimos que el bajo peso del niño no se debe a la edad materna en este estudio. Sin embargo, en estudios realizados en adolescentes embarazadas fumadoras, dicho dato se asevera ya que se encuentran niños de bajo peso. (11).

Nota: Los cuadros siguientes son elaborados en base a 250 papeletas tomadas en técnicas de números aleatorios de primigestas jóvenes.

CUADRO No. 6 "A"
COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	NUMERO	o/o
Preeclampsia	29	11.6
Infección post-parto	24	9.6

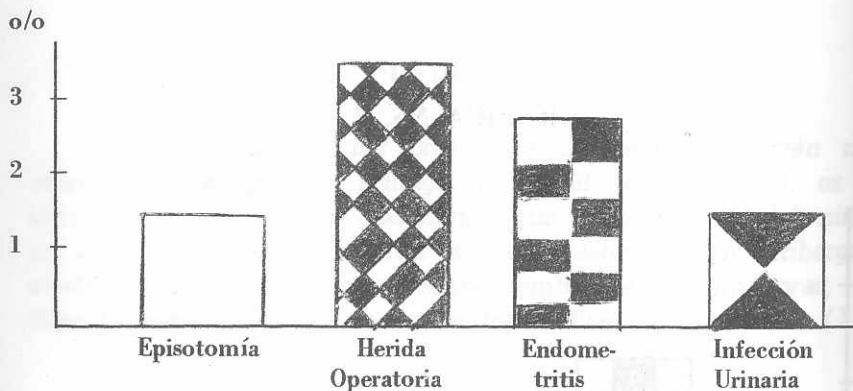
GRAFICA No. 7



CUADRO No. 6"B"
INFECCION POST-PARTO

Infección Post-parto	Número	o/o
Episiotomía	4	1.6
Herida operatoria	9	3.6
Endometritis	7	2.8
Infección urinaria	4	1.6

GRAFICA No. 8



CUADROS No. 6"A" y 6"B"

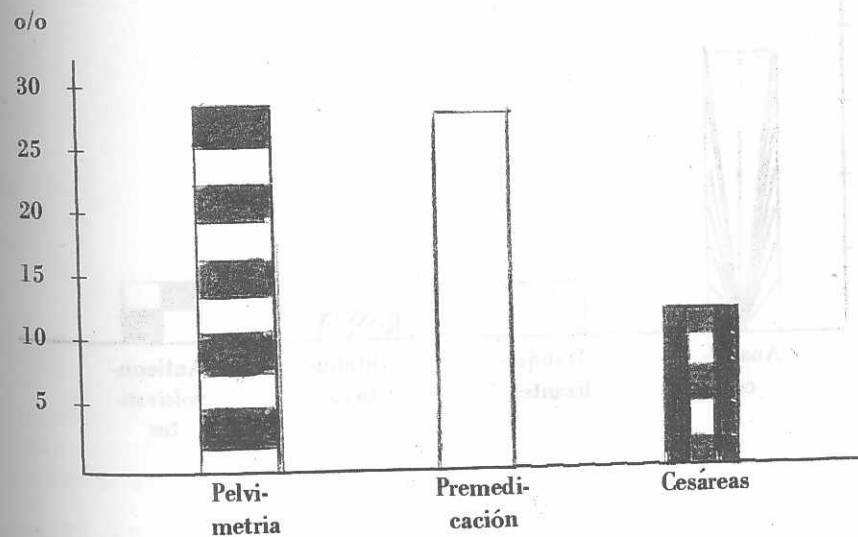
Entre las complicaciones encontradas observamos que veintinueve pacientes o sea el 11.60/o presentaron preeclampsia; lo cual en nuestro estudio constituye la complicación más frecuente, hecho corroborado con el estudio realizado por Youngs et al, en Arizona donde la preeclampsia ocupó el 10.39o/o. Otras de las complicaciones encontradas fueron las infecciones post-parto, representadas en un 9.60/o, de ello la herida operatoria fue la de más alta incidencia, aunque esto se observa en cualquier tipo de paciente

no necesariamente en primigesta joven ya que se debe al mal cuidado del material y deficiente atención hospitalaria.

CUADRO No. 7"A"
TRATAMIENTOS ESPECIALES

Tratamientos especiales	Número	o/o
Pelvimetría	68	27.2
Premedicación pre-parto	70	28
Cesárea	30	12

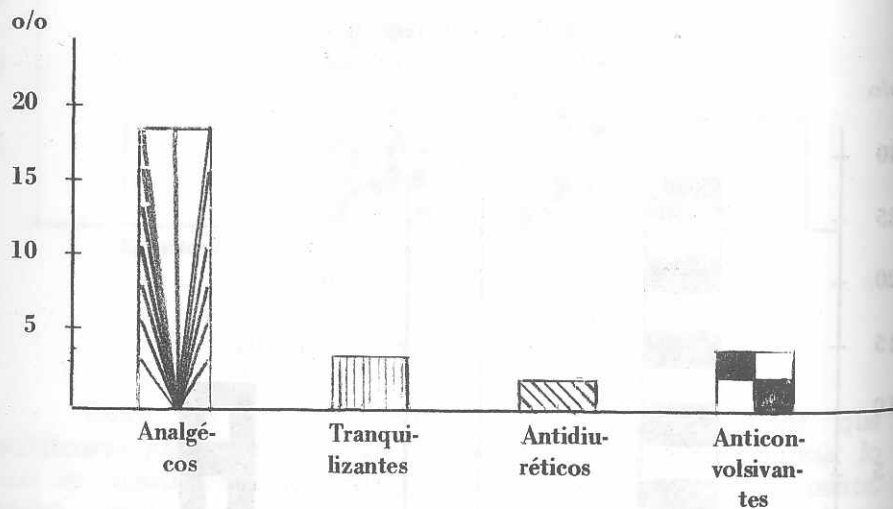
GRAFICA No. 9



CUADRO No. 7"B"
PREMEDICACION PRE-PARTO

Premedicación Pre-parto	Número	o/o
Analgésico	45	18
Tranquilizante	9	3.6
Antidiurético	5	2
Anticonvulsivantes	11	4.4

GRAFICA No. 10



CUADROS Nos., 7"A" y 7"B"

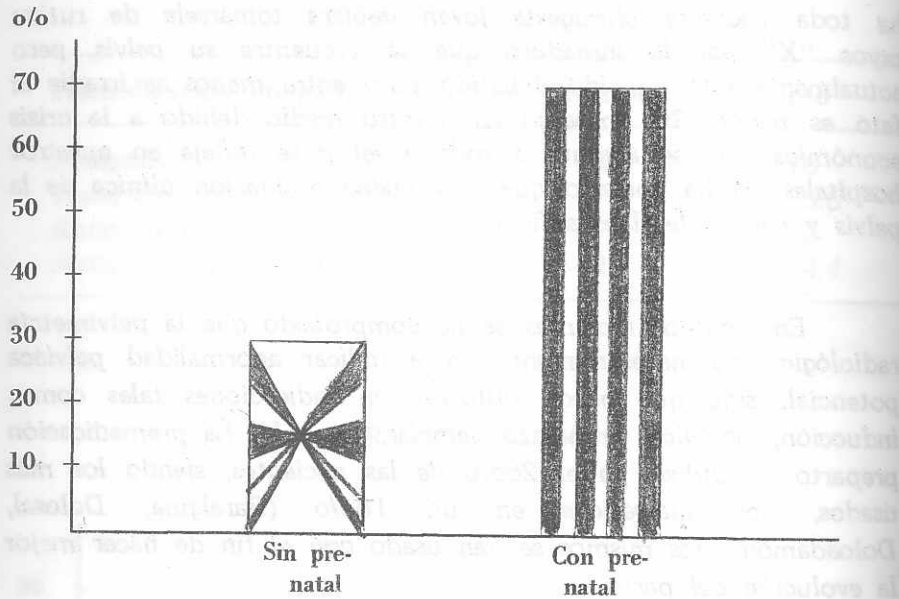
Con relación a la pelvimetría antiguamente se decía que ha toda paciente primigesta joven debiera tomársele de rutina rayos "X" por lo inmaduro que se encuentra su pelvis, pero actualmente ésto ha sido debatido pues entre menos se irradie al feto es mejor. Sin embargo en nuestro medio debido a la crisis económica que se afronta a todo nivel y se refleja en nuestros hospitales, se ha pensado que una buena evaluación clínica de la pelvis y cabeza fetal es suficiente.

En estudios recientes se ha comprobado que la pelvimetría radiológica no necesariamente va a indicar anormalidad pelviáca potencial, sino que puede utilizarse en indicaciones tales como: inducción, podálica, embarazo gemelar, etc. (1). La premedicación preparto se utilizó en el 28o/o de las pacientes, siendo los más usados, los analgésicos en un 18o/o (Baralgina, Dolosal, Doloadamón), los mismos se han usado con el fin de hacer mejor la evolución del parto.

CUADRO No. 8
CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	NUMERO	o/o
Sin control	175	70
Con control	75	30

GRAFICA No. 11



CUADRO No. 8

Vemos que aquí en nuestro medio no se ha logrado hacer ver a nuestra población materna la importancia del control prenatal, únicamente un 30o/o del total de 250 pacientes lo ha tenido. En un estudio reciente lo ha tenido. En un estudio reciente realizado en Mississipi. E.E.U.U., en pacientes jóvenes embarazadas hacen resaltar también éste hecho (15). Sin embargo en otros estudios se observó lo eficaz que es un control prenatal por ej., el trabajo realizado en Arizona por Youngs et al, de una experiencia con un programa de adolescentes embarazadas empleando equipo interdisciplinario investigaron los problemas de las jovencitas encontrando entre otros: 43o/o de anemia, 3.5o/o de Gonorrea, las drogas no medicadas más usadas fueron

cigarrillos, alcohol y marihuana y la aspirina la droga medicada más común. Posterior a la educación dada y a sus controles bajaron los índices presentados corroborando así la importancia que tiene el control prenatal sin desligar que muchos problemas tienen factor socio-económico implícito (16).

CUADRO No. 9

RELACION DEL CONTROL PRENATAL Y LAS DISTINTAS COMPLICACIONES

	C/Prenatal	o/o	S/Prenatal	o/o
Pelvimetría 68 Ptes.	17	25	51	75
Césarea 30 "	6	20	24	80
Preeclampsia 29 "	11	37.93	18	62.06
Fórceps 18 "	5	27.77	13	72.2

CUADRO No. 9

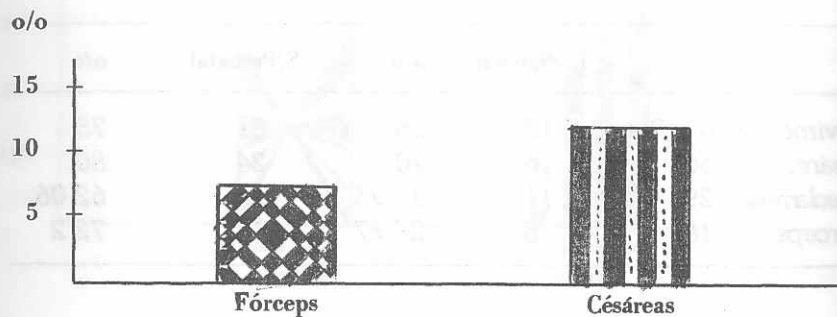
De 30 pacientes a las que se efectuó cesárea, el 80o/o de ellas no tenía control prenatal, al igual que la preeclampsia en donde el 62.06o/o tampoco lo tuvo. Se debe hacer ver la importancia que tiene el control prenatal desde el punto de vista preventivo para lograr un bienestar materno-fetal.

Dentro de las primigestas estudiadas al 27.2o/o se les efectuó pelvimetría de las cuales el 25o/o tenían control prenatal y el 75o/o no lo tenía.

CUADRO No. 10
D I S T O C I A S

DISTOCIAS	NUMERO	o/o
Fórceps	18	7.2
Césareas	30	12

GRAFICA No. 12



CUADRO No. 10

Fórceps se aplicó en 18 pacientes que corresponde al 7.2o/o

- 5 Paro en transversa, una con pelvimetría. (27.7o/o)
- 6 Sufrimiento fetal, cuatro con pelvimetría, (33.4o/o)
- 4 Paro en expulsión, una con pelvimetría, (22.2o/o)
- 3 Profiláctico por preeclamsia, dos con control prenatal, (16.6o/o)
- 18 (100o/o)

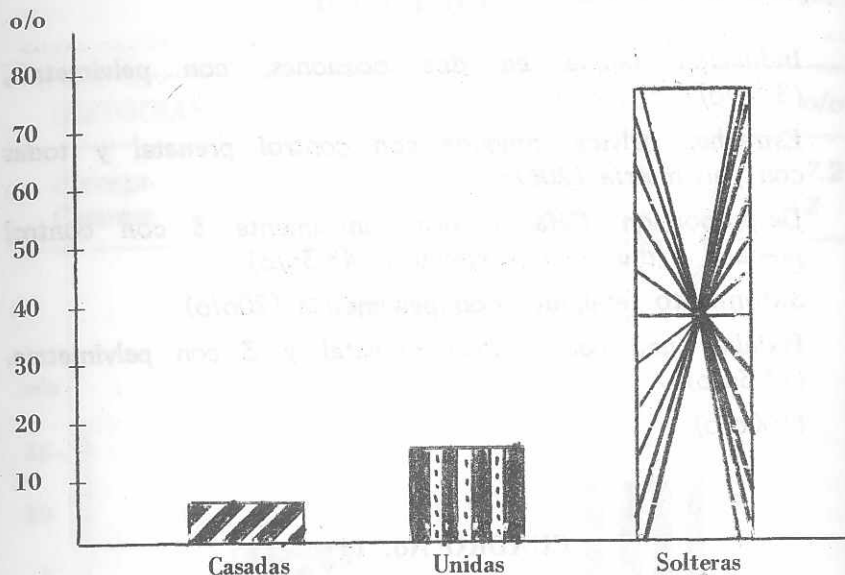
De las 250 pacientes a 30 de ellas se les hizo cesárea, esto representa el 12o/o.

- 1 Inducción fallida en dos ocasiones, con pelvimetría, (3.3o/o)
- 6 Estrechez pélvica, ninguna con control prenatal y todas con pelvimetría (20o/o).
- 13 Desproporción Céfalo-pelvica, únicamente 3 con control prenatal y diez con pelvimetría (43.3o/o).
- 6 Sufrimiento fetal, dos con pelvimetría (20o/o)
- 6 Podálica una con control prenatal y 3 con pelvimetría. (13.3o/o)
- 30 (100o/o).

CUADRO No. 11
ESTADO CIVIL

Primigesta Joven	Estado Civil	Número	o/o
250	Casada	16	6.4
	Unida	41	16.4
	Soltera	193	77.2

GRAFICA No. 13



CUADRO No. 10

En este cuadro presentamos el estado civil de las pacientes jóvenes embarazadas, vemos que lo más frecuente es que sean solteras, lo cual representa un 77.2o/o, dicho hallazgo al igual que otros que se presentan en este estudio es el reflejo de lo que el actual sistema incide y repercute en nuestras comunidades.

En un estudio realizado de pacientes adolescentes embarazadas se hizo notar también éste hecho, siendo en su mayoría solteras. (15).

CONCLUSIONES

1. El total de partos atendidos en el Depto. de Obstetricia del Hospital Roosevelt en los años de 1974 a 1978 fue de 75,415.
2. Del total de partos obtenidos, 14,568 corresponden a primigesta mayor de 16 años, lo que representa el 19.31o/o.
3. De 14,568 primigestas 2289 fueron jóvenes correspondiendo al 15.71o/o.
4. La indicación de Césareas y Fórceps fue considerablemente elevada en la primigesta joven, traduciéndose en 7.86o/o para la primera y un 6.46o/o para el segundo; no siendo así en la primigesta mayor de 16 años en lo cual se observó 3.51o/o y 20.2o/o, respectivamente.
5. La incidencia de prematuridad en la primigesta joven es alta, representando el 10.13o/o, no observándose ello en la primigesta mayor de 16 años la cual presentó el 1.90o/o.
6. Los promedios de pesos de Recién Nacidos de ambos grupos de primigestas es poco significativo, ya que se observa que la diferencia de peso es mínima.
7. Del grupo de primigestas mayores de 16 años, el 5.53o/o presentó algún tipo de distocia en contraposición de la elevada que se observaba en la primigesta joven que es de 14.32o/o.
8. La edad promedio de la primigesta joven en nuestro estudio fué de 15.5o/o años.
9. La complicación más común fué la preeclampsia, la cual se

presentó en un 11.6o/o.

10. La indicación de Cesárea más frecuente en Primigesta joven fue Desproporción Cefalopélvica en un 43.4o/o.
11. La indicación de Fórceps más común fue Sufrimiento Fetal en un 33.3o/o.
12. Del grupo de primigestas juveniles tuvo control prenatal únicamente el 30o/o.
13. Con respecto al estado civil de la primigesta joven, en nuestro estudio se observó que el 77.2o/o se trataba de mujeres solteras.

RECOMENDACIONES

1. Promover el aumento de asistencia a control prenatal a todas las primigestas en general, y sobre todo a las juveniles ya que tanto el embarazo como el parto son del alto riesgo, disminuyendo así en lo posible sus complicaciones.
2. Intensificar los cuidados del recién nacido de primigestas juveniles ya que se encuentra una alta incidencia de prematuros.
3. Promover Educación Sexual a todo nivel, sobre todo a los adolescentes.
4. Enfatizamos que la alza de primigestas juveniles es un problema multifactorial, por lo que su poca frecuencia se lograría con cambios estructurales de fondo.

BIBLIOGRAFIA

1. X - Ray Pelvimetry of the pregnant Adolescent. Aiman James *Obstet Gynecol* 48 (3): 181 - 6 Sept. 1976.
2. Obstetric Aspects of Adolescent Pregnancy and delivery. Beric B, et al *Int. J. Gynecol Obstetrics* 15 (6): 491 - 3 Aug. 1978.
3. Menarquia de la Mujer Guatemalteca Castañeda Gustavo, 1972.
4. The Pregnant Adolescent. Domingo de la Lastre J, et al *Acta Obstet Gynecol Hisp. Lusit* 26 (4): 183-200 April 1978.
5. Station of the fetal Presenting Part Friedman Emanuel A. et al *Obstet Gynecol* 47 (2): 129-136 Sep. 1976.
6. School Achievement: Riskfactor in teenage Pregnancies Hansen H, et al *Am J. publichealth* 68 (8): 783.9 Aug. 78.
7. Helman, Pritchard. Williams Obstetricia I Edición 1977 Pág. 288-9 363-374, 376-632.
8. Serving Teenage Mothers and their high-risk Infants Levensen P, et al *Child Today* 7 (4): 11-(5)36 Jul, augt, 1978.
9. Litter Manual, Tratado de Farmacología 2o. Edición 1976 Pág. 57, 89, 292.
10. Acute puerperal Inversión of the Uterusin primipara Mehra Usha, et al *Obstetrics Gynecol* 47 (1): 30_s - 2_s Sept. 1976.

11. Human chorionic Somatomamotropin Normal Adolescent Primiparous Pregnancy. Effect of Smoking. Mouser Roussel J. et al Am J. Obstetrics Gynecol 120 (8): 1080-6 December 15, 1974.
12. Novack Edmundo y Colab. Tratado de Ginecología 8a. Edición 1976. Pág. 749-50.
13. Intensive Care in Adolescent Pregnancy Perkins Richard P. et al Obstet Gynecol 52 (2): 179-88 Augt 1978.
14. Schwarcs Sala, Duverges, Obstetricia 3a. Edición 1973 Pág. 105
15. Adolescent Pregnancy The Jackson, Mississippi Experience. Sheline DM et al. Am J. Obstet Gynecol 132 (3): 245-55 1 Oct. 1978.
16. Experience whith and adolescent Pregnancy Program. Youngs David D. et al. Obstetrics Gynecol 50 (2): 212-16 Augt 1977.

Br.


SILVANA FLORES DE ARDON

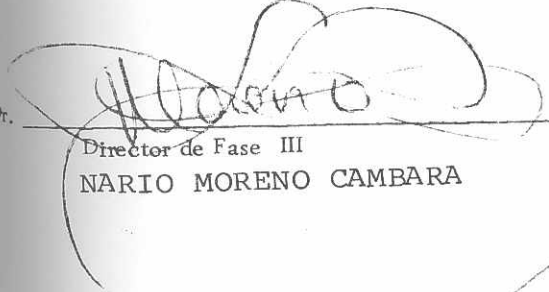
Dr.

Asesor.
VICTOR HUGO GONZALEZ

Dr.


Revisor.
ROLANDO FIGUEROA ANZUETO

Dr.


Director de Fase III
NARIO MORENO CAMBARA

Dr.

Secretario
RAUL CASTILLO RODAS

Vo. Bo.

Dr.


Decano.
ROLANDO CASTILLO MONTALVO