

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"LA PRIMIGESTA JUVENIL  
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CARLOS FERNANDO CONTRERAS GONZALES

Al conferirsele el título de

MEDICO Y CIRUJANO

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. JUSTIFICACION
- IV. ANTECEDENTES
- V. MATERIALES Y METODOS
- VI. ANALISIS Y RESULTADOS
- VII. DISCUSION
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES

## I. INTRODUCCION

El embarazo antes de los 16 años es relativamente poco frecuente, pero ha aumentado tanto en países desarrollados como sub-desarrollados (6) a consecuencia de la menarquia más precoz y quizá de la mayor libertad sexual (3,7). La mayoría de los servicios de Obstetricia en especial los que atienden a poblaciones socio-económicas bajas han notado un considerable incremento en el número de embarazadas muy jóvenes (1,7,8,9).

Existe hoy día, una extensa literatura sobre el embarazo y desenlace del parto de la primigesta joven (1,2,9-11), desafortunadamente los estudios realizados en este grupo de pacientes han usado diferentes edades máximas por lo que no resultan estrictamente comparables (6). En nuestra Institución se considera "Primigesta Juvenil", a toda aquella paciente que al momento de su ingreso cuenta con quince años o menos.

Dentro de ciertos límites, la juventud carece de influencias nocivas sobre el embarazo, parto y puerperio; pero por debajo de los 16 años de edad es mayor el número de complicaciones que se reportan en la literatura (8,9), en nuestro medio, es muy poco lo publicado en relación a las "Primigestas Juveniles" o sea las mujeres embarazadas de quince años de edad o menores (6), por lo que se efectuó el presente trabajo durante el período comprendido del 1º de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1978, en el cual se atendieron un total de 31,110 partos en la Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala de los cuales 208 - (0.66%) correspondieron a pacientes de 15 años y menores.

## II. OBJETIVOS

Los objetivos trazados para el presente estudio los podemos dividir en:

### Cognocitivos:

- Conocer la incidencia de Primigestas Juveniles que asisten al Hospital Roosevelt en demanda de atención médica.
- Conocer los problemas durante el embarazo, tipo de parto y puerperio de la población estudiada.
- Conocer las características del recién nacido, hijos de primigestas juveniles.
- Conocer la forma de resolver los problemas presentados en las pacientes estudiadas.

### Psicomotores:

- Saber utilizar el sumario clínico de egreso.
- Interpretar los resultados de la investigación para efectuar las conclusiones sobre la misma.
- Hacer la revisión bibliográfica.

### Afectivos:

- Tener conciencia de la importancia de la identificación temprana de los problemas obstétricos en las madres de corta edad.
- Adquirir conocimientos para el manejo de las pacientes primigestas juveniles en su trabajo de parto, alumbramiento y puerperio.

## IV. JUSTIFICACIONES

### III. JUSTIFICACIONES

El número de primigestas jóvenes (menores de 15 años) ha aumentado en los últimos tiempos en diversos países. Dentro de ciertos límites la juventud carece de influencias nocivas sobre el embarazo, parto y puerperio, pero por debajo de los 15 años la literatura revisada reporta mayor número de complicaciones. En nuestro medio, y en particular en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala no existe un trabajo similar, por lo que decidí hacer el presente estudio en el cual se establece el número de consultas pre-natales, problemas durante el embarazo, características del recién nacido, del trabajo de parto y del parto mismo, alumbramiento y puerperio.

#### IV. ANTECEDENTES

La íntima relación que ha existido siempre entre la mujer y la economía, puede demostrarse a expensas de algunas de las observaciones etnológicas y evolutivas, que a su vez muestran como se ha originado el prejuicio patriarcal, que desempeña todavía un gran papel en la valoración del estado social de la mujer. En las sociedades primitivas, la diferencia entre las esferas vitales entre el hombre y la mujer constituyen una especie de fenómeno primigenio, que se refleja también en el trabajo social y económico. En consecuencia, al hablar de las formas más primitivas de división ocupacional, se habla de la "división del trabajo por sexos" que se remonta a la experiencia de las diferencias fisiológicas y físicas de ambos sexos, pero, sobre todo, también el temor religioso frente a la mujer - portadora de ciertas fuerzas sobrenaturales reflejadas en la periodicidad de la menstruación; de aquí también el aislamiento, en la mayor parte de las sociedades primitivas, de las mujeres menstruantes (sobre todo durante la menarquía y de las puérperas). Esta es la causa, ya desde el principio, de que las relaciones del hombre hacia la mujer tengan un carácter de comportamiento cuidadoso, orientado por numerosas reglamentaciones. En tal sentido en estas culturas, llamadas también "culturas de cazadores y recolectores" la mujer ocupa una posición de privilegio, precisamente sobre la base de su importancia económica. Con esta importante actividad de la mujer, el sexo femenino desempeña un papel de primer orden en el grupo, mientras que el hombre se preocupa principalmente del ambiente exterior (guerras, venganzas).

La transición hacia la vida sedentaria del agricultor incrementa aún mas la importancia de la

mujer en el rendimiento económico del grupo, a este respecto estamos entrando a la mujer del paleolítico tardío; sobre esta base se constituyeron las llamadas culturas matriarcales que subrayan el importante papel de la mujer aún en el terreno cultural.

De esta forma son precisamente las condiciones económicas las que deciden sobre la posición de la mujer en la sociedad, hecho que va reforzándose progresivamente en los períodos evolutivos subsiguientes, cuando el genio hogareño de la mujer domina ciertas actividades laborales fundamentales, tales como: hilar, tejer, coser, teñir, tatuar, trabajos en mimbre y cerámica. Era tan importante la actividad de la mujer en los grupos primitivos que pronto se convirtieron en algo codiciado por el hombre, siendo común el robo de agricultoras.

De esta forma, y precisamente con la dedicación al terreno, comienza también la degradación de la mujer; hasta cierto punto, se convirtió en la posesión más preciada que esta sociedad podía adquirir, sin demasiados esfuerzos por parte del hombre.

La posición de la mujer empeora sensiblemente en la época de los pastores-guerreros de los últimos períodos del paleolítico, en el que estos pastores constituyen los típicos patriarcas, y están acostumbrados a dominar a los animales y a los seres humanos, con la cuál se convierten en los típicos dueños de esclavos. Este patriarcalismo tuvo importancia en la historia de la humanidad porque relegó a todas las culturas arcaicas en Oriente y Occidente; esta fué precisamente la premisa histórica para el desarrollo de la idea de una familia patriarcal, como la forma casi natural de coexistencia familiar.

En el sistema familiar hebreo-cristiano, y antes en el greco-romano, esta idea adquiere cada vez mayor

fuerza. Y si para Aristoteles, "la naturaleza de la mujer era algo que adolecía de una insuficiencia natural" (Santo Tomás), el Cristianismo no ha cambiado nada en absoluto en este aspecto, "la mujer tiene que ocupar en este mundo una posición subordinada respecto del hombre y obedecerlo". La última consecuencia es que la mujer aparece exclusivamente como "la hembra" de la especie Homo Sapiens, es decir que se encuentra en el mundo exclusivamente para parir hijos.

En muchos lugares en vías de desarrollo, en pleno siglo XX, esta es la idea que prevalece. Se han hecho estudios en sociedades diversas de Africa y América, en los que se llega a la conclusión de que en los países cuya base económica radica en la agricultura la mujer empieza a tener hijos a edad mas temprana, fundamentados en que los hijos forman parte del chorro económico y laboral del hogar, por lo que a mayor número de hijos, mejores perspectivas para el futuro (hecho sumamente discutible y que no trataremos en esta ocasión).

A esto hay que agregar el hecho de que existe un pleno disfrute del papel sexual y familiar para la mujer en un período de tiempo en el que todavía no ha alcanzado su total capacidad económica y social. Recordando que cuando se elige esta vía de escape, existe por el contrario, una amplia escisión entre el papel sexual y el familiar, que conduce a una tendencia fundamental "de iniciar relaciones sexuales mucho antes del matrimonio"; el problema que se deduce de aquí, constituye un conflicto permanente y en parte es base de la paternidad irresponsable, de la multiplicidad de madres solteras y por otro lado, lo señalado anteriormente, la tendencia a tener familias numerosas (3,8,9).

Dejaremos a un lado las consideraciones de tipo socio-económico e histórico para decir que de 12 años a 14 años (en algunos menos) puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación (7), pero el embarazo sorprende a la mujer con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil, por lo que puede ocurrir un aborto o parto prematuro por la mala adaptación del útero a su contenido (1,3,6,7,9). Durante el parto se reportan distocias por falta del desarrollo pelviano y aquí como en el alumbramiento pueden originarse anomalías por deficiencias en la contracción uterina (1,2,8,9,11); pero por otro lado estos hechos desfavorables suelen ser sorteados, ya que durante el embarazo estas jovencitas crecen mucho y la pelvis, por estar insuficientemente desarrollada conserva partes cartilaginosas que facilitan el parto, además, los frutos suelen ser de bajo peso (1,4,5,6,11).

Una mujer entre los 16 y los 19 años de edad, podrá responder obstetricamente tan bien como una mujer entre los 20 y 26 años, que en la época óptima para el embarazo, mientras que para una mujer embarazada por debajo de esta edad existen mayores problemas, (1,2,3,6,7,11), sin poder establecer si estos son consecuencia de la edad o de la inaccesibilidad a la utilización de servicios médicos, asociado a las variantes ya conocidas del grupo etnico, status socio-económico, estado civil, etc. Son varias las publicaciones revisadas que dan cuenta, que recientemente se ha observado una elevación en el número de madres por debajo de los 16 años, así como un incremento en el número de abortos, situación que no se consideró en el presente Estudio.

## V. MATERIAL Y METODO

El material para el presente estudio lo constituyen 31,110 partos, de 41,248 ingresos, atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el período comprendido del 1o. de Enero de 1977 al 31 de diciembre de 1978, de los cuales 208 partos correspondieron a pacientes de 15 años y menores, constituyendo el 0.66% del total de partos, tomando en cuenta unicamente a aquellas pacientes primigestas a su ingreso. El registro Médico fué analizado posteriormente a su egreso tomando para el estudio los datos necesarios, siguiendo el procedimiento siguiente: Búsqueda de las pacientes de 15 años y menores en los libros de anotación de partos, a través del nombre se obtuvo el número de registro médico de donde se tomaron los datos.

## VI. ANALISIS Y RESULTADOS

### Cuadro # 1

#### MATERNIDAD HOSPITAL ROOSEVELT 1977 - 1978

Total de Ingresos	No. Total de Partos	No. de Partos en pacientes de 15 años y menores
41248	31,110	208 (.66%)

En el cuadro No. 1 vemos que del total de partos atendidos en el período 1977-1978 el 0.66% (208) correspondieron a pacientes de 15 años y menores; y del total de ingresos correspondió al 0.50%.

Quadro # 2

PRIMIGESTA JUVENIL EN EL  
HOSPITAL ROOSEVELT

1977 - 1978

Distribución Etárea

---

13 años y menos	14 años	15 años
13 (6.25%)	56 (26.92%)	139 (66.83%)

---

Notamos que 139 casos de pacientes primigestas juveniles (66.83%) correspondieron a pacientes de 15 años; 56 casos (26.9%) fueron pacientes de 14 años y los 13 restantes (6.25%) eran pacientes de 13 años o menos, de estas, 3 contaban con 12 años a su ingreso.

Quadro # 3

ESTADO CIVIL

---

Soltera	Casada	Unida
75 (36.05%)	9 (4.33%)	124 (59.62%)

---

GRUPO ETNICO

---

Ladina	Indígena	Negra
197 (94.71%)	10 (4.80%)	1 (0.48%)

---

OCUPACION

---

Oficios Domésticos 208 = 100%

---

En relación al estado civil, 124 casos 59.62% eran unidas, forma usual de convivencia en nuestras pacientes, es de hacer notar que más de la tercera parte de pacientes estudiadas 36.05% eran solteras y únicamente el 4% estaban casadas. Siendo el grupo étnico que predominó pacientes ladinas, 94.71%, probablemente debido a la localización del hospital donde se efectuó el estudio; 10 pacientes eran indígenas y una de raza negra.

En cuanto a la ocupación, la totalidad de las pacientes refirieron dedicarse a oficios domésticos.

Cuadro # 4

RESIDENCIA

Capital	Otro
182 (87.5%)	26 (12.5%)

RELIGION

Católica	Otra
205 (98.55%)	3 (1.44%)

EDUCACION

Analfabeta	55 (26.44%)
------------	-------------

De las pacientes comprendidas en el presente estudio, como se aprecia en el cuadro # 4, 182 - (87.5%) refirieron vivir en la Capital. En cuanto a la Religión, la casi totalidad 98.5% refirieron ser católicas, 205 casos. En cuanto a educación una cuarta parte de las pacientes no sabía leer.

Cuadro # 5

CONTROL PRE-NATAL

Si	No	Ignorado
73 (35.10%)	132 (63.46%)	3 (1.44%)

El control pre-natal ha sido deficiente en nuestro medio, siendo similar en este estudio, (10) pues mas del 63.41% (132 casos) no contaron con control pre-natal, siendo dudoso el referido ya que muchas veces este se limita a una sola consulta.

Cuadro # 6

COMPLICACIONES DURANTE  
EL EMBARAZO  
III TRIMESTRE

Del total de Pacientes (208)

	No.	%
Pre-Eclampsia Leve	15	7.21
Pre-Eclampsia Moderada	6	2.88
Pre-Eclampsia Severa	1	0.48
Ruptura Prematura de Membranas	1	0.48
Amenaza de Parto Prematuro	1	0.48
Obito Fetal	1	0.48
<b>t o t a l</b>	<b>25</b>	<b>11.81</b>

En vista de no contar con un pre-natal adecuado no puedo determinar en este trabajo las complicaciones que hubiesen presentado las pacientes, y del escaso número de pacientes que acudieron al Hospital durante el embarazo (cuadro # 6), en 15 de ellas se hizo el diagnóstico de Pre-Eclampsia Leve, 7.21%, 6 desarrollaron Pre-Eclampsia Moderada y una paciente fué catalogada como Pre-Eclampsia Severa. Una paciente desarrollo ruptura prematura de membranas, otra paciente fué tratada como amenaza de parto prematuro cuando cursaba por la 30 semana de Gestación, evolucionando en forma satisfactoria, llegando a tener un parto con gestación a termino; 1 caso de Obito Fetal.

En general las complicaciones durante el III trimestre del embarazo fue del 11.81%. (25 casos).

### Cuadro # 7

#### PELVIMETRIA

Durante el trabajo De parto	En consulta Externa
36 (17.3%)	1 (4.8%)

#### CARACTERISTICAS DE LA PELVIS SEGUN PELVIMETRIA

Pelvis Aceptable	30 (81.09%)
Pelvis Estrecha	7 (18.91%)
Total de Pelvimetrias	37 (100%)

Se tomaron un total de 37 pelvimetrias (22%) y de estas solo una se tomó en consulta externa y las demás durante el trabajo de parto; de las cuales el 18.91% (7) fueron consideradas estrechas y 81.09% (30) pelvis aceptables.

Cuadro # 8

RUPTURA DE MEMBRANAS \*

Espontánea 108 (53.20%)			Artificial 95 (45.79%)		
2 Hrs. 3-6 Hrs. > 7 Hrs.			< 2 Hrs. 3-6 Hrs. > 7 Hrs.		
54	27	14	64	24	6
No reportadas:		13	No reportadas:		1

\* Se ignora en 5 casos si fué espontánea o artificial.

En cuanto a la ruptura de membranas, en 95 casos (45.8%) se efectuó amniotomía, de estas en 88 casos el parto ocurrió en el período de cero a 6 horas después de efectuada la ruptura de membranas. En el 53% la ruptura de membranas fué espontánea ocurriendo en 81 casos el parto en el período de cero a 6 horas de la ruptura de la misma.

Cuadro # 9

PRESENTACION

Vertice	Pelviana
197 (94.71%)	11 (5.28%)

Casi en la totalidad de casos 197 (94.71%) la presentación fue de vertice, ocupando el segundo lugar la presentación pelviana con 11 casos (5.28%). Es interesante hacer notar que no se registró ninguna situación transversa, ni presentaciones cefálicas deflexionadas.

Cuadro # 10

DURACION TOTAL DEL TRABAJO DE PARTO

Duración	No. de Casos	Porcentaje
Menor de 12 Hrs.	81	38.94%
12 - 24 Hrs.	94	45.19%
Mayor de 24 Hrs.	31	14.90%
No reportado	2	97%
<b>T O T A L</b>	<b>208</b>	<b>100%</b>

Sobre la duración del trabajo de parto podemos decir que en más del 80% de las pacientes estudiadas este fué menor de 24 Hrs, mientras que en 31 casos (14.90%) se encontró trabajo de parto menor de 24 Hrs. por lo que estimamos que fué moderadamente alto el porcentaje de pacientes con trabajo de parto prolongado (se incluyen los 10 casos de cesárea).

Cuadro # 11

DURACION DEL TERCER PERIODO

Duración	No. de Casos	Porcentaje
Menor de 11 minutos	135	64.91%
11 y 30 minutos	69	33.17%
Mayor de 30 minutos	4	1.92%
<b>T O T A L</b>	<b>208</b>	<b>100%</b>

El 98% (204) de las pacientes presentaron un tercer período con duración menor de 30 minutos, en cuatro casos (1.92%) este duró más de 30 minutos, sin embargo, no se efectuó ninguna extracción manual de placenta en pacientes con parto por vía vaginal; aparentemente, el tercer período no es problema en la primigesta juvenil.

Cuadro # 12

FORMA EN QUE SE RESOLVIO EL EMBARAZO DE LA PRIMIGESTA JUVENIL CON FETO EN PRESENTACION PODALICA \*

P.E.S.	P.D.S.
10(90.90%)	1 ** (9.10%)

\* Solo en dos casos pelvimetria

\*\* e.s.t. X desproporción feto pelvica

Cuadro # 13

CONDICION DE LOS R.N. DE LOS PARTOS ATENDIDOS EN LA PRIMIGESTA JUVE-NIL CON PRESENTACION PELVIANA

Apgar	0	1 *
Apgar	1-5	2
Apgar	7 6	8

\* Mortinato. Pre-parto

PESO

Peso	# Recien Nacidos
< 3 Lbs.	1
3.1 - 4 Lbs.	1
4.1 - 6 Lbs.	2
> 6 Lbs.	7 *

Cuadro # 12:

En el cuadro # 12 es de hacer notar que de 11 casos de presentación pelviana 10 de ellos fueron eutocicos y un caso distocico, cesarea segmentaria transperitoneal X desproporción feto pelvica. Se tomo pelvimetria solo en 2 casos del total, dado a que a su ingreso las pacientes llegaron ya en período expulsivo o con dilatación completa, o avanza-

da.

La incidencia de Distocia enpodalica es baja.

Cuadro # 13:

Respecto al estado de los niños, al nacer, en 8 casos el apgar fué mayor de 7 a los 5' entre 1-5 en 2 casos, obteniendose un mortinato.

Vemos que el peso predominante, 7 casos, fué mayor de 6 lbs.; de los cuales 1 R.N. fue producto de trabajo de parto prolongado y otro de trabajo de parto precipitado.

Cuadro # 14

TIPO DE PARTO

	Eutocico Simple	Distocico Simple
	186 (89.42%)	22 (10.57%)
<hr/>		
CLASE DEL PROBLEMA QUE DIO ORIGEN A LA DISTOCIA		
Pelvis estrecha + desproporción cefalo pélvica	8	36.37
Sufrimiento fetal	5	22.73
Paro en expulsión	2	9.09
Paro en posterior	2	9.09
Paro en transversa	2	9.09
Placenta previa central total.	1	4.54
Inminencia de ruptura uterina	1	4.54
Hidrocefalia	1	4.54
<b>T O T A L</b>	<b>22</b>	<b>100.0 %</b>

Cuadro # 14:

En el cuadro # 12 vemos que el 90% de los partos atendidos a primigestas juveniles fueron eutocicos simples con un 10% de partos distocicos simples (22 casos), de estos en 8 casos la distocia se debió a pelvis estrecha mas desproporción cefalo pélvica, existió sufrimiento fetal en 5 casos. En 2 casos existió distocia dinamica (paro en expulsión), en 4 casos hubo anomalías en la rotación (paro en posterior 2 casos, paro en transversa 2 casos). Se presentó un caso de placenta previa central total, un caso de inminencia de ruptura uterina, un caso de hidrocefalia.

Siendo en nuestro hospital el porcentaje general del 12% de distocias, el 10% de ellas en la primigesta juvenil contrasta con la idea general de que este tipo de pacientes tiene mayor indice de distocias.

Cuadro # 15

FORMA EN QUE SE RESOLVIO EL PROBLEMA

	No.	% en relación al total de partos
Cesarea	10	4.8
Forceps bajo	5	2.4
Forceps medio	6	2.8
Craneocentesis	1	0.4
<b>T O T A L</b>	<b>22</b>	<b>(10.57%)</b>

Vemos que se efectuaron 10 cesareas segmentarias transperitoneales (4.8%) de 22 casos (10.57%) distocicos lo que equivale casi al 50%, a 5 pacientes se les aplicó forceps bajo 2.4% y a 6 forceps medio (2.8%) efectuandose una embriotomía menor, - craneocentesis en el caso de hidrocefalia.

El porcentaje general de Cesareas en nuestro hospital, oscila entre el 6 y 8%, en consecuencia, no es cierto que la primigesta juvenil esté expuesta a que su parto sea resuelto por cesarea, con mas frecuencia que el resto de la población hospitalaria.

Cuadro # 14

CARACTERISTICAS DEL R.N. DE 208  
PRIMIGESTAS JUVENILES  
APGAR 5'

0	1-5	> 6	Ignorado
5	8	182	13
PESO			
<3 Lbs.	3.1 - 4 Lbs.	4.1 -6 Lbs.	> 6 Lbs.
3	3	67	135
SEXO			
Masculino	Femenino		
115	93		

Cuadro # 14:

Observamos que en 186 casos el apgar del R.N. a 5' fue mayor de 6, obteniendose 5 mortinatos. En 8 casos el apgar fue calificado entre 1-5 a 5' que mejoraron posteriormente. La gran mayoria de recién nacidos tuvieron un peso superior a 4.1 Libras con 135 casos arriba de 6 lbs. se obtuvo un total de 6 recién nacidos menores de 4 lbs.

Es interesante notar un predominio del sexo masculino en proporción de 1.23:1

Cuadro # 15

PUERPERIO DE PRIMIGESTAS JUVENILES		
	No. casos	Porcentaje
Normal	190	91.34
Patológico Inf.	18	8.66
<b>T O T A L</b>	<b>208</b>	<b>100.00</b>

PUERPERIO PATOLOGICO INF.	No. de casos	
Endometritis unicamente	13	72.2%
Infección de episiorrafia	1	5.5%
Endometritis + infección episiorrafia	1	5.5%
Infección Herida Operatoria	2	11.2%
Infección Herida operatoria + Endometritis	1	5.5%
<b>T O T A L</b>	<b>18</b>	

Cuadro # 15:

El puerperio de las primigestas juveniles en su gran mayoría fue normal 190 casos (91.34%) siendo patológico en 18 casos. (8.66%), de estos la endometritis fue la patología mas frecuentemente reportada, encontrandose 1 caso de infección de herida operatoria asociada a endometritis.

## VII. DISCUSION

La unión marital precoz, seguida de embarazo es frecuente en nuestro medio; el analfabetismo y el bajo estatus socio-económico de la mayoría de las pacientes atendidas en el Hospital Roosevelt, es la característica del grupo estudiado.

En el presente estudio no se reportó ni un sólo parto prematuro por edad gestacional, como lo citan Hay y Hassan (4,6).

Algunos estudios en otras latitudes, reportan mayor incidencia de pre-eclampsia en la primigesta juvenil; en el presente trabajo el porcentaje de toxemia no coincide con el total de la población, (5.6%), sino que es por el contrario, similar a lo reportado en la literatura, (10%).

La desproporción céfalo-pélvica en este estudio es baja, lo que se ajusta a lo encontrado por Roopnariesih, (citado por Arkutu).

La duración del trabajo de parto, que en 28 casos fue mayor de 24 horas, podría ser en parte explicado por lo subjetivo del inicio del mismo y la posibilidad de la mala actividad uterina, en especial en este grupo.

Es de hacer notar que de las 11 presentaciones pelvianas 10 (91%) de ellas fueron resueltas por vía vaginal, lo que viene a poner en duda que la primigesta empodálica es indicación de cesárea; aunque para esto habría que hacer un seguimiento longitudinal de los recién-nacidos, con análisis neurológico.

El control pre-natal inadecuado no hizo posible la detección temprana de los problemas toxémicos para su mejor manejo.

### VIII. CONCLUSIONES

- 1) Debe considerarse como primigesta juvenil a toda aquella paciente embarazada de 15 años o menor.
- 2) La primigesta juvenil ha aumentado en nuestra Institución.
- 3) El control pre-natal del grupo estudiado es deficiente.
- 4) La complicación más frecuente del embarazo en primigestas juveniles es la toxemia gravídica (10%).
- 5) La pelvimetría, si es necesaria, deberá tomarse durante el trabajo de parto.
- 6) La presentación más frecuentemente encontrada es la de vértice (94.71%) no hubo presentaciones anómalas.
- 7) El trabajo de parto tiene duración similar que para otros grupos etarios.
- 8) El tercer período tiene una duración menor de 30 minutos en el 98% de los casos y no hubo complicaciones en este período.
- 9) El parto en presentación podálica es eutócico en la inmensa mayoría, 91%.
- 10) El estado del recién nacido tanto en presentación podálica como de vértice es bueno.
- 11) Los partos distócicos tienen menor porcentaje que para la población general, 10%.
- 12) El principal problema que dió origen a la distocia fue la desproporción céfalo-pélvica, que es el mismo que el de la población general.
- 13) El peso del recién nacido de primigestas juveniles no es significativamente más bajo, con respecto a la población general.

- 14) La endometritis es la patología más frecuente en el puerperio del grupo estudiado, 72.2% de las complicaciones.
- 15) El % de cesáreas es más bajo (4.8%) que el de la población general.

### IX. RECOMENDACIONES

- 1) Considerar siempre a la Primigesta Juvenil - como paciente de alto riesgo obstétrico.
- 2) Hacer la evaluación radiológica de la pelvis cuando sea necesario durante el trabajo de parto.
- 3) Cambio de las estructuras socio-económicas imperantes en nuestro medio que redundará en la disminución de estos problemas en forma indirecta.

## X. BIBLIOGRAFIA

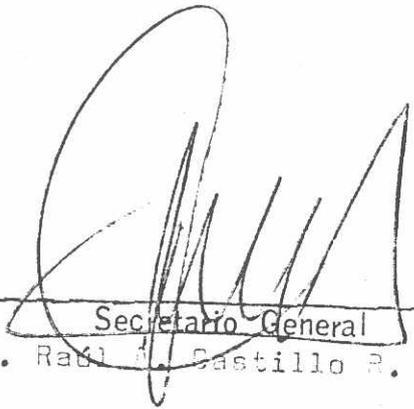
- 1) Arkutu A. PREGNANCY AND LABOR IN TANZANIAN PRIMIGRAVIDAE AGED 15 YEARS AND UNDER. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 16:2 128-131. 1978.
- 2) Dott A, and Arthur Forto. MEDICAL AND SOCIAL FACTOR AFFECTING EARLY TEENAGE PREGNANCY. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 125:4 532-536. June 15 1976.
- 3) Gisperto M. and Ruth Falk. ADOLESCENT SEXUAL ACTIVITY: CONTRACEPTION AND ABORTION. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 132:6 620-628 November 1978.
- 4) Hay David and John Boyd. A STUDY OF THE OBSTETRIC PERFORMANCE OF THE ADOLESCENT JAMAICAN PRIMIGRAVIDA. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 116:1 34-38 May 1st. 1978.
- 5) Kaltreider D. Frank and John W. C. Johnson. PATIENTS AND HIGH RISK FOR LOW-BIRTH-WEIGHT DELIVERY. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 124:4 251-256 February 1st. 1976.
- 6) Hassan H. Mohammed and Fredrerick H. Falls. THE YOUNG PRIMIPARA. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 88:2 256-269 January 15, 1964.
- 7) Hellman Louis. JACK PRITCHARD. *Obstetrics XIV Edition Appleton Century Crafts, New York* 1971.
- 8) Kaser et. all. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA REIMPRESION. Salvat Editores S. A. Barcelona, España 1973
- 9) Soto Carlos, Eduardo Fuentes S. Carlos Contreras. EL PROBLEMA DE LA PRIMIGESTA JUVENIL EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. Trabajo presentado al VII Congreso Nacional de Obstetricia 1978.
- 10) Soto Carlos, Mario Ruata. MANEJO ESTANDARIZADO DE LA PACIENTE ECLAMPTICA. Hospital Roosevelt 1979.
- 11) Tablada Gladys. PRIMIGESTA JOVEN. Tesis de Graduación 1970, 13 páginas.

  
Br: Carlos Fernando Contreras Gonzales

  
Dr  
Fra cisco Soto V.

  
Revisor  
Dr. Eduardo Fuentes Sprooss

  
se III  
Leon Mendez

  
Secretario General  
Dr. Raul L. Castillo R.

Bo.  
