

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



“COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO EN ADOLESCENTES”

ILIANA YANET CUYUCH SONTAY

TESIS

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en
Ginecología y Obstetricia
para obtener el grado de
Maestra en Ciencias con Especialidad en Ginecología y
obstetricia**

FEBRERO 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Iliana Yanet Cuyuch Sontay

Carné Universitario No.: 100023054

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis “COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO EN ADOLESCENTES”


Que fue asesorado: Dr. Luis Estuardo García Gálvez

Y revisado por: Dr. Eduardo Alberto Luna Ordoñez

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2016.

Guatemala, 12 de enero de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y
Especialidades

/mdvs



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Zacapa, 8 de septiembre de 2015

Doctor
Héctor Ennio Lara Castañeda
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Hospital Regional De Zacapa

Estimado doctor:

Por este medio, le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título: "Complicaciones durante el parto y puerperio inmediato en adolescentes (edades comprendidas entre 10 a 19 años) ", presentado por la doctora Iliana Yanet Cuyuch Sontay, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAN A TODOS"

Dr. Eduardo Alberto Luna Ordoñez M.A.
Especialista en Políticas y Estrategias Para La salud
Hospital Regional De Zacapa

Eduardo Alberto Luna Ordoñez M.A.
Especialista en Políticas y Estrategias Para La Salud
Hospital Regional De Zacapa
No. C. 667

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: postgrado.medicina@usac.edu.gt



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Zacapa, 8 de septiembre de 2015

Doctor
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Hospital Regional De Zacapa

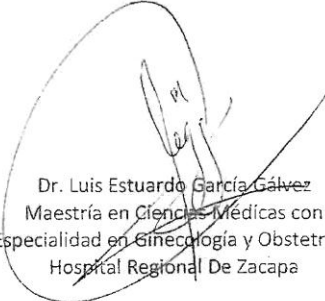
Estimado doctor:

Por este medio, le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título: **"Complicaciones durante el parto y puerperio inmediato en adolescentes (edades comprendidas entre 10 a 19 años)"**, presentado por la doctora Iliana Yanet Cuyuch Sontay, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Luis Estuardo García Gálvez
Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional De Zacapa

AGRADECIMIENTOS:

A Dios Padre: por la vida, por su gran amor manifestado en cada uno de mis días, por permitirme alcanzar esta meta y por su ayuda incondicional en este largo camino.

A mis padres: por su amor, ayuda, apoyo y compañía en cada uno de mis proyectos. Y por quienes estaré agradecida a Dios eternamente.

A mis hermanos: que han sido un apoyo importante en cada proyecto de vida que he emprendido.

A mi hija Irene: quien me inspira amor, felicidad y fuerza.

A todos los que han sido mis catedráticos que con paciencia y aprecio me han transmitido sus conocimientos y han contribuido a mi formación académica.

INDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	37
IV. MATERIAL Y METODOS	39
V. RESULTADOS	52
VI. DISCUSION Y ANALISIS	72
6.1 CONCLUSIONES	78
6.2 RECOMENDACIONES	80
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
VIII. ANEXOS	90

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PAGINA	
GRAFICA 1	CARACTERIZACION DE PACIENTES SEGUN LA EDAD	53
GRAFICA 2	ESTADO CIVIL	54
GRAFICA 3	ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES	55
GRAFICA 4	PROCEDENCIA POR PAIS	56
GRAFICA 5	PROCEDENCIA POR DEPARTAMENTO	57
GRAFICA 6	PROCEDENCIA POR MUNICIPIOS DE ZACAPA	58
GRAFICA 7	NUMERO DE GESTAS	59
GRAFICA 8	MENARQUIA	60
GRAFICA 9	COHABITARQUIA	61
GRAFICA 10	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	62
GRAFICA 11	ABORTOS	63
GRAFICA 12	CONTROL PRENATAL	64
GRAFICA 13	COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	65
GRAFICA 14	TIPO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO ASOCIADAS O NO A PATOLOGIAS DEL EMBARAZO	66
GRAFICA 15	TOTAL DE COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO	67

GRAFICA 16	COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO	68
GRAFICA 17	VIA DE RESOLUCION DEL PARTO	69
GRAFICA 18	INDICACION DE CESAREA	70
GRAFICA 19	COMPLICACIONES EN LOS RECIEN NACIDOS	71

RESUMEN

El embarazo en adolescentes es considerado como un problema grave de salud pública y que a pesar de la promoción que se ha hecho para prevenir el mismo, el problema en nuestro país va en aumento según lo reportado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. ⁽¹⁾.

El objetivo general del estudio fue identificar las complicaciones más frecuentes presentadas durante el parto y puerperio de pacientes adolescentes (10 a 19 años), atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante el período de enero a diciembre del año 2013, para lo cual se realizó un estudio prospectivo-descriptivo del cual se obtiene como resultado 1713 pacientes adolescentes de un total de 4,174 pacientes atendidas durante este período representado el 41 % del total de casos. Del total de la población se calculó una muestra de 314 pacientes con un nivel de confianza del 95%. Del total de la muestra 29.3% presentaron complicaciones durante el parto y 4.77% presentaron complicaciones durante el puerperio.

Se identificaron características como edad, estado civil, escolaridad, procedencia, antecedentes ginecoobstétricos (número de gestas, menarquía, cohabitarquía, número de parejas sexuales, número de abortos, control prenatal), complicaciones

durante el parto y puerperio, vía de resolución del parto, indicación de las cesáreas y complicaciones perinatales.

Para la recolección de datos se revisaron los expedientes clínicos y el SIGSA 6, correspondientes al período en estudio, dichos datos se trasladaron a una boleta de recolección de datos elaboradas para el mismo, posteriormente se transfieren a una hoja electrónica de Excel para procesar la información en el programa. El análisis de los datos se realizó con estadísticas descriptivas (proporciones) por cada característica.

Se obtienen los siguientes resultados: las edades más frecuentes de embarazo en adolescentes fueron entre 16 a 17 años, la mayor parte soltera, con nivel primario, procedentes de Gualán, entre sus antecedentes obstétricos: en su mayoría refirieron ser primigestas, con edad de menarquía a los 12 años y cohabitación a los 15 años, refirieron haber tenido una pareja sexual, sin abortos previos, la vía de resolución más frecuente fue la vaginal y de la indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo. Entre las complicaciones más frecuentes durante el parto se encontró en primer lugar el sufrimiento fetal agudo, seguida por la desproporción cefalopelvica. La retención de restos placentarios más endometritis encabeza como complicación del puerperio, y por último la complicación más frecuente en los recién nacidos fue el bajo peso al nacer.

Debido a que las adolescentes embarazadas representan un porcentaje significativo del total de pacientes atendidas durante el periodo en estudio, considero importante crear programas de educación sexual que presten orientación y atención integral de salud del adolescente en la familia, escuela, comunidad y grupos religiosos y que se busque el apoyo de los medios de comunicación para promover programas educativos sobre sexualidad con la finalidad de obtener cambios positivos en la conducta sexual de los jóvenes.

I. INTRODUCCION

Se denomina embarazo adolescente al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo en la adolescente es un problema de salud pública a nivel mundial, reportándose las cifras más altas en países subdesarrollados. ⁽¹⁹⁾En América Latina, los embarazos en adolescentes representan el 18 por ciento del total de embarazos. ⁽¹⁸⁾En Guatemala de acuerdo a las estadísticas presentadas por el Gabinete de la Juventud durante el año 2012 se reportaron 59,000 casos de embarazos en adolescentes y se reporto que uno de cada cinco niños nace de una adolescente. Lo anterior no sólo representa un problema en salud, también tiene repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género potenciando un circulo de pobreza. ⁽²¹⁾En nuestro país cada año se reportan cifras más altas de embarazos en adolescentes, a pesar de las acciones gubernamentales como educación sexual, campañas de sensibilización y denuncias sobre hechos de violencia sexual y trata de personas, lo cual es preocupante ya que como se ha descrito en diferentes estudios que la reproducción en la adolescencia se relaciona con

probabilidades altas de pérdidas intrauterinas, morbi-mortalidad infantil y de complicaciones obstétricas en el parto y puerperio. ⁽²⁾Por lo anterior se realizó un estudio descriptivo-prospectivo sobre las complicaciones durante el parto y puerperio en pacientes adolescentes durante el año 2013, además se evaluaron características personales (edad, estado civil, procedencia, escolaridad), características obstétricas (menarquía, cohabitación, número de parejas sexuales, número de gestas, control prenatal), vía de resolución del parto y complicaciones en los recién nacidos. Por lo que el embarazo en adolescentes constituye en nuestros tiempos un reto de considerable importancia ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden bio-psico-social repercuten en la calidad de vida de la joven madre y familia y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo. En la revisión bibliográfica encontramos investigaciones en relación al tema, realizadas en Guatemala y en diferentes países principalmente latinoamericanos, pero ninguna realizada en este centro asistencial, de allí la relevancia de este estudio en el que se propuso determinar los factores clínicos epidemiológicos de las pacientes entre 10 y 19 años que ingresaron con el diagnóstico de embarazo adolescente a los servicios de labor y partos y maternidad del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa

II. ANTECEDENTES

Guatemala es un país eminentemente joven. El 52% de la población tiene menos de 20 años de edad (ENCOVI, 2011).⁽²⁾

Por varios motivos, es crucial comprender el contexto y las consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. Por ejemplo, la gente joven representa una alta proporción de la población guatemalteca: aproximadamente una cuarta parte de los guatemaltecos está entre los 10 y 19 años. Las consecuencias de la escogencia de vida que esta gente adopte seguirán repercutiendo en la sociedad guatemalteca por muchos años. Asimismo, el momento de la unión y de la maternidad tiene implicaciones para toda la vida de las jóvenes y para el desarrollo económico y social del país. Si las jóvenes guatemaltecas han de desempeñar un papel activo en ese desarrollo y si han de prepararse adecuadamente para el futuro, necesitan educación y capacitación, necesidades que con frecuencia no son satisfechas si asumen las responsabilidades de la vida en unión y de la maternidad a una edad temprana.⁽⁹⁾

Cada año, 114 de cada 1.000 mujeres guatemaltecas entre 15 y 19 años dan a luz. Aunque esta representa un ligero descenso de la tasa de 126 por cada 1.000 registrada en 1995, sigue siendo la tercera más alta de América Central, después de Honduras (137) y de Nicaragua (119). La tasa de Guatemala

excede las de El Salvador (104), Belice (95), Panamá (89) y Costa Rica (78). ⁽⁹⁾

Como es el caso en muchos otros países, en Guatemala la tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que la de las adolescentes urbanas (133 por 1.000 versus 85 por 1.000). Además, la fecundidad adolescente disminuyó a un ritmo más lento que la fecundidad general: la tasa de fecundidad adolescente bajó en sólo un 10% de 1995 a 2002, mientras que la tasa entre todas las mujeres en edad reproductiva descendió en un 20%. ⁽⁹⁾

La información obtenida de encuestas nacionales realizadas en Guatemala proporciona una visión de las experiencias sexuales, de uniones y de maternidad en las jóvenes guatemaltecas, y explora los factores asociados con el nivel moderadamente alto de maternidad adolescente del país:

- Guatemala tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centro América—114 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año.
- La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión (formal o consensual) antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de

las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años. ⁽⁹⁾

- El 44% de las mujeres de 20 a 24 años eran madres antes de los 20; la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%). ⁽⁹⁾

- La mayoría de las mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes—el 83%, con poca variación por lugar de residencia o por pertenencia étnica. Sin embargo, sólo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo. ⁽⁹⁾

- Aunque el 70% de las mujeres de 15 a 24 años que dio a luz recientemente realizó al menos una visita de control prenatal, casi la mitad de las mujeres menos educadas y de las indígenas no realizó ninguna. Además, sólo la mitad de las madres de 15 a 24 años contó con asistencia médica profesional en su último parto; la proporción es aún más baja en las mujeres con menos escolaridad y en las indígenas (una cuarta parte). ⁽⁹⁾

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), América Latina y el Caribe registra la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo, con un promedio de 38% de las mujeres que se embarazan antes de cumplir los 20 años de edad. ⁽²⁾

En los últimos años, la cantidad de los casos de niñas adolescentes embarazadas que se han dado a conocer a través de medios de comunicación, ha alarmado a la sociedad. El embarazo a temprana edad, ha sido una práctica en algunos casos considerado cultural. No obstante, es oportuno explicar que “lo cultural” no es una justificación de la vulnerabilidad en la que vive la niñez y adolescencia guatemalteca, sino que al contrario una problemática que conlleva decisiones y acciones públicas inmediatas. ⁽²⁾

Los embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes constituyen un problema alarmante que afecta el desarrollo de las mujeres guatemaltecas y es un riesgo para la salud sexual y reproductiva de adolescentes entre 10 y 19 años. ⁽¹⁾

En Guatemala, los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (MSPAS) revelan que sólo en 2010 se reportaron 45 mil 48 partos en niñas y adolescentes y mujeres jóvenes entre 10 y 19 años de edad. A lo cual el Observatorio de Salud Sexual y Reproductivo realizó una presentación en donde manifestó que el problema tiene una estrecha relación con la pobreza en el país. ⁽¹⁾

Según el OSAR “hoy en día, alrededor de 1 de cada 5 niños (as) nacen de una madre adolescente, de hecho, esta maternidad temprana que se presenta como única opción de vida

para muchas niñas en Guatemala, esconde una situación de falta de garantía al ejercicio de sus derechos fundamentales y es en definitiva un modelo efectivo de reproducción de los patrones de exclusión y la persistencia de la pobreza (...), los estudios demuestran que la mayoría de estas niñas terminarán abandonando la escuela y muy posiblemente estarán expuestas a ser receptoras de abuso y violencia, incluida la violencia sexual y el círculo se repetirá. ⁽¹⁾

De acuerdo al documento de “Las Caras que Nadie Quiere Ver” del programa Juventud de la Unión Europea, “un embarazo en adolescentes tiene consecuencias en el desarrollo de las mujeres en la medida en que la madre adolescente tendrá problemas de autoestima y frustración, deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida, dificultad para educar con cariño a su hijo/a, mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero, rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es incluso estando casada”. Esto implica la incorporación de la vida laboral a temprana edad en trabajo con poca remuneración e incluso remuneración como el trabajo doméstico. ⁽²⁾

Muchos de los embarazos en niñas y adolescentes se producen por incesto, violaciones, otras por falta de información científica sobre sexualidad y de apropiación de su propio cuerpo,

por carecer de un proyecto de vida y sin contar con suficientes recursos emocionales, físicos y materiales para hacer frente a las circunstancias. Lo más lamentable es que esta situación es un producto de las desventajas sociales en que transcurre la vida de cientos de miles de mujeres jóvenes y adolescentes” (MINEDUC, Guatemala 2010).⁽¹⁾

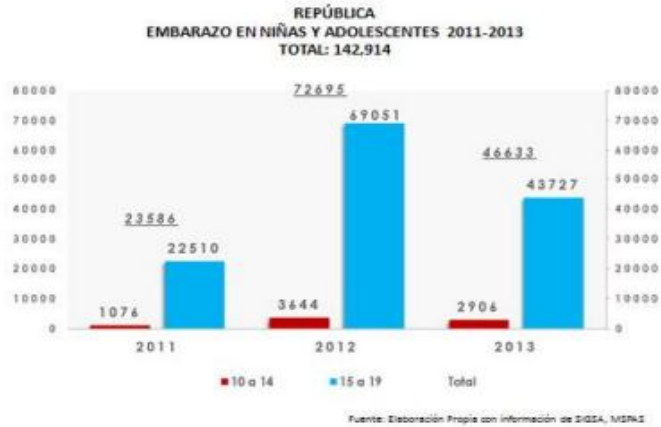
Otro aspecto a considerar es la desnutrición en niños nacidos de mujeres y niñas adolescentes, puesto que desde el punto de vista biológico dichos embarazos son un alto riesgo pues el cuerpo todavía no cuenta con recursos necesarios para suplir lo que invierte en alimentar al nuevo ser y el riesgo de que niñas y adolescentes mueran en el embarazo, parto o postparto es muy alto.⁽²⁾

4.1 Comportamiento de la problemática 2011 - 2013

a) Total de casos de embarazos en niñas y adolescentes

2011 a 2013

Gráfica 1



La grafica visualiza que la problemática de embarazo en adolescentes ha ido en aumento de manera considerable en los últimos años, se observa que las adolescentes de 15 a 19 años representa un grupo significativo en comparación con las adolescentes de 10 a 14 años. ⁽²⁾

En América Latina, países como Colombia, Ecuador y Argentina han registrado "algunos avances" en la disminución de esos nacimientos debido a recientes políticas para implementar

programas de educación sexual. No obstante, persisten graves tasas de esta situación en Haití, Honduras y Guatemala.⁽³⁾

A nivel mundial, se calcula que cada año 16 millones de mujeres entre esas edades dan a luz.⁽³⁾

Algunas de las causas de los embarazos entre adolescentes en América Latina son la educación deficiente o nula, la poca aceptación entre la población adulta sobre la existencia de las relaciones sexuales premaritales entre los jóvenes menores de 18 años, la influencia de la Iglesia Católica y la dificultad de acceso a anticonceptivos gratuitos o de bajo precio, según expertos.⁽³⁾

Estudios indican que la fecundidad adolescente en países de América Latina se correlaciona con la pobreza, la desigualdad, el gasto en salud pública, el índice de participación de las mujeres en la fuerza laboral y la proporción de mujeres con empleos remunerados es elevada. Por el contrario, la fecundidad en adolescentes se correlaciona negativamente con la población rural y el desempleo.⁽⁴⁾

El embarazo en adolescentes representa, además de problemas de salud y personales, un lastre para el desarrollo de Latinoamérica, afirmó en una entrevista con Efe el director adjunto del Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina

y el Caribe, Luis Mora. Este fenómeno causa, además, pérdida de vidas con el consiguiente coste de capital humano, recordó Mora, puesto que el riesgo de morir antes, durante o después del parto es cuatro veces mayor entre las menores de 16 años que en las mayores de 20, al mencionar un estudio publicado en la revista científica American Journal of Obstetrics and Gynecology.⁽⁵⁾

A través del informe “Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo adolescente” realizado por el fondo América Latina aumentó sus cifras de adolescentes embarazadas, siendo únicamente superada por la realidad que se vive en África.⁽⁶⁾

Según el estudio 20 mil adolescentes menores de quince años mueren por complicaciones propias del embarazo y los partos en estos mismos lugares cifras que colocan a la región como la única donde el número va en aumento.⁽⁶⁾

El informe muestra que el 3 % de las mujeres jóvenes de los países en desarrollo dicen haber tenido su primer hijo antes de los 15 años. Para América Latina y el Caribe se estima que la cifra seguirá en aumento hasta el año 2030.⁽⁷⁾

Cerca del 19% de las **adolescentes** de los países en vías de desarrollo y en América Latina están o han estado embarazadas. En **América Latina y el Caribe**, la primera causa de muerte para las mujeres entre los 15 y 19 años está relacionada

con el embarazo. Además la ausencia o mala dotación de centros de salud para brindar toda la atención que requiere una madre gestante, es un factor que incide de manera preocupante.⁽⁷⁾

Muestra este informe que la mitad de los abortos ocurren en situaciones de riesgo de vida para la madre. En **América Latina** se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil.⁽⁷⁾

La tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, alcanza a 98 por mil nacimientos. La fecundidad es mayor en adolescentes de áreas rurales y con menor nivel educativo de 40.7% de los adolescentes de 15 a 19 años no termino la escuela secundaria, seguido del 26.6% que no termino la primaria y solamente el 20.9% con la primaria finalizada.⁽¹⁷⁾

Según el observatorio de salud reproductiva -OSAR-, en Guatemala durante el año 2009 se atendieron 41,429 partos en adolescentes 9 de ellos en niñas de 10 años, se observo que a partir de los 14 años aumentaron los casos, la mayoría (29.4%) ocurrió a los 19 años. Los departamentos con mayor incidencia fueron Huehuetenango con 6,072 (14.6%), Alta Verapaz con 5,180 (12.5%) y San Marcos con 3,722 casos (9%). En el año 2010 el sistema Gerencial de Información en salud del Ministerio de Salud y Asistencia Social registro 47,559 partos atendidos en

adolescentes entre 10 y 19 años de estos 5,300 (11.1%) sucedieron en menores de 15 años. Los departamentos con mayor incidencia fueron Huehuetenango, Alta Verapaz, San Marcos, Escuintla y Petén. ⁽¹⁷⁾

Para Junio del año 2012, según OSAR, 12,589 partos habían ocurrido en menores de 19 años de estos el 9.4% en menores de 15 años, los departamentos con mayor incidencia fueron como en los años anteriores, Huehuetenango, San Marcos, Petén y Escuintla. ⁽¹⁷⁾

De 67,441 partos atendidos en adolescentes entre 13 y 19 años de edad durante el 2011, solamente el 34.08% fue atendido por personal médico y el 65.6% fue atendido por paramédicos, comadronas o por algún tipo de personal empírico. ⁽¹⁷⁾

La atención del parto debiera contemplar conductas específicas cuando se trata de la resolución del embarazo en adolescentes para reducir tanto como sea posible todo evento adverso, sin embargo poca o ninguna información existe sobre estos eventos sucedidos específicamente en menores de 14 años. ⁽¹⁷⁾

Es de suma importancia conocer las características que rodean la atención hospitalaria del parto en adolescentes para brindar herramientas al Gobierno y tomadores de decisión en la

elaboración de políticas, estrategias y programas que contribuyan no solo a la reducción de mortalidad materna en este grupo de edad (razón de mortalidad materna en niñas de 10 a 14 años 219.1 y en niñas de 15 -19 años 76.5 x 100,000 nacidos vivos para el año 2007) sino también la prevención de complicaciones en el período perinatal tanto en la madre como para el neonato. ⁽¹⁷⁾

Los datos retrospectivos sobre embarazos que están disponibles son de niñas adolescentes entre 10 y 14 y entre 15 y 19 años de edad, pero se conoce mucho más sobre el segundo grupo. ⁽¹¹⁾

En Guatemala, los y las adolescentes inician la actividad sexual sin información y sin educación suficiente para disminuir los riesgos que conlleva el inicio de la vida sexual. Durante la adolescencia hombres y mujeres reafirman los mensajes diferenciados de los roles femenino y masculino, que reciben por parte de la sociedad y los medios de comunicación. Los hombres adolescentes son presionados para iniciarse sexualmente de manera temprana, mientras que se espera que las mujeres adolescentes eviten y retrasen sus relaciones sexuales, rehúsen hablar y recibir educación e información en los temas de sexualidad. Son estos patrones, patriarcales y de identidad de la masculinidad tradicional, los que promueven el comportamiento sexual de riesgo en los primeros y a la vez deja a las jóvenes

expuestas a que otros decidan sobre su sexualidad. Al mismo tiempo, ambos grupos quedan expuestos a mensajes e imágenes a través de la televisión, medios gráficos, música e Internet, con alto contenido sexual, exhortándolos e invitándoles a conductas de riesgo, que atentan contra su salud y su vida. ⁽⁸⁾

En Guatemala, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-2008-2009) reporta que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años el 28% ha tenido experiencia sexual. ⁽⁸⁾

En Guatemala, un estudio efectuado por la Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas (2008), revela las características de los embarazos en adolescentes (10-17años): el 40% son madres solteras, el 60% no asisten a la escuela, el 50% se desempeña en la economía informal. ⁽⁸⁾

La actitud de rechazo social ante el embarazo temprano, conduce a ocultarlo y en consecuencia, no se acude o se retrasa el control del embarazo. La condena pública ya sea cultural o por razones religiosas, tiene consecuencias muy negativas que afectan la salud y vida de las adolescentes y de sus recién nacidos-as. Las adolescentes embarazadas, que consultan a servicios de salud, presentan la anemia como una de las patologías más frecuentes, como consecuencia de las demandas del crecimiento y desarrollo especialmente las menores de 15 años. En esta edad coinciden los dos periodos de mayor demanda

de alimentación en el ser humano (adolescencia y embarazo). Un estudio efectuado por la Secretaria de Seguridad alimentaria y Nutricional SESAN en 2009, coloca al grupo de niñas de 10-14 años con altos grados de desnutrición y sin programas de atención nutricional. La segunda patología presentada con mayor frecuencia, es la infección urinaria que contribuye al parto prematuro. La tercera patología es el aumento de la presión arterial, que contribuye al menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal. ⁽⁸⁾

El trabajo de parto prolongado y la resolución del parto por cesárea (3 de cada 10) son las complicaciones del parto más frecuentes en las adolescentes. Durante el año 2010, en Guatemala se reportaron 4 muertes maternas en menores de 14 años y 52 muertes de 15 a 19 años. El departamento de Huehuetenango presentó el mayor número de casos de muertes maternas en adolescentes. La causa más importante de muerte materna, se relaciona con el síndrome metabólico a consecuencia de un trastorno hipertensivo. La segunda causa de muerte materna en adolescentes es la hemorragia, consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Estas muertes, se relacionan con la falta de atención prenatal y la falta de acceso a la atención institucional del parto por personal profesional. La ENSMI 2008-2009, registró un porcentaje mayor de parto prolongado, cuando la madre era menor de 15 años que cuando

era mayor de esta edad. Así mismo, encontró que aumentaba en forma significativa los niños de bajo peso al nacer (menos de 2.5Kg.)⁽⁸⁾

En relación con el producto se destacan dos condiciones, el Bajo Peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por Recién Nacido Bajo Peso para la edad gestacional.⁽¹¹⁾

Según informes de la O.M.S., está aumentando el nacimiento de niños prematuros, (antes de las 37 semanas y/o debajo peso, menos de 2.500 grs.), siendo alrededor de 15 Millones en la actualidad cada año. Los que sobreviven tienen alto riesgo de presentar secuelas psíquicas, neurológicas y físicas dando como resultado una discapacidad que conduce a una disminución en el desarrollo de una vida digna.⁽¹³⁾

Los (as) hijos (as) de madres adolescentes tienen mayor riesgo de un bajo crecimiento intrauterino, partos prematuros, bajo peso al nacer y mayor mortalidad perinatal. La literatura, reporta que los/las hijos-as de madres adolescentes, posteriormente tienen mayor exposición al alcohol y drogas. Con mayor frecuencia, también tienen embarazos inesperados y repiten el patrón de fecundidad de su madre (la que a su vez también había repetido patrón de fecundidad de su madre). Esto se ha denominado transferencia intergeneracional de la fecundidad. Se

describe una mayor frecuencia de familias uniparentales, con mayor inestabilidad familiar. Los padres adolescentes alcanzan un menor nivel educacional, con gran dependencia de la familia materna – paterna, esto condiciona un estrés psicosocial que se transmite a las siguientes generaciones. Otra variable que debe analizarse, es la continuidad en el sistema escolar, el abandono escolar no sólo es una consecuencia del embarazo en adolescentes, sino que juega un papel muy importante en las conductas de autocuidado y de cuidado con el/la hijo/a en sus primeros años de vida. En un seguimiento de adolescentes embarazadas y madres adolescentes que no abandonaron el sistema escolar, se observó que tres años después del parto las adolescentes que no abandonaron los estudios no repiten el embarazo en la frecuencia con que lo hacen las que abandonan el establecimiento escolar. Asimismo, sus hijos(as) tuvieron menos episodios de enfermedad en comparación con los hijos(as) de las que abandonaron el sistema escolar. ⁽⁸⁾

Las mujeres guatemaltecas tienen una deficiente salud reproductiva. La población guatemalteca tiene varios problemas serios de salud:⁽⁹⁾

- Las bajas tasas de atención prenatal y del parto y el precario estado general de salud de las mujeres pobres contribuyen a la razón de mortalidad materna de 153 muertes maternas por cada

100.000 nacidos vivos, una de las más altas en la región. Las mujeres indígenas sufren de manera desproporcionada, dado que su razón de mortalidad materna es casi el triple que la de las mujeres no indígenas (211 versus 70). La razón entre las mujeres adolescentes en 2000 era de 110 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.⁽⁹⁾

Independientemente del estado de planificación de un embarazo, las adolescentes necesitan servicios de calidad para asegurarles un embarazo y un parto seguros. Debido a una extensa variedad de motivos, incluyendo la dominante pobreza, una inadecuada infraestructura de salud, la inaccesibilidad geográfica y una preferencia cultural por las comadronas tradicionales, no todas las adolescentes obtienen la atención integral prenatal y del parto que necesitan para evitar complicaciones y dar a luz a bebés sanos. En general, el 70% de las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años recibe algún tipo de atención prenatal profesional.⁽⁹⁾

La proporción de las que acuden al menos a una visita prenatal alcanza a ocho de cada 10 jóvenes con más escolaridad y las no indígenas, pero entre las adolescentes con menor escolaridad y las indígenas, es casi la mitad. (Aunque no contamos con información más relevante referente al número de visitas realizadas, las normas del Programa Nacional de Salud

Reproductiva recomiendan un mínimo de cuatro, incluyendo dos durante el último mes de gestación). Pese a que son bajas las tasas de cobertura mínima en los subgrupos de mujeres con la mayor necesidad de un mejor atención prenatal, reflejan sin embargo un excelente progreso alcanzado recientemente— aumentos de casi un 50% desde 1995. Una proporción aún más baja de jóvenes guatemaltecas da a luz en instituciones médicas comparada con la que recibe algún cuidado prenatal. En general, la mitad de las mujeres embarazadas de 15 a 24 años cuenta con la asistencia de un profesional en el parto en instituciones médicas públicas o privadas. Las mujeres jóvenes sin escolaridad y las indígenas tienen particularmente pocas probabilidades de tener un parto atendido por profesionales médicos (25% y 23%, respectivamente), y por ende, es más probable que den a luz en su casa (donde ocurre el 54% de las muertes maternas).⁽⁹⁾

Es claro que aunque las mujeres jóvenes más desfavorecidas tienen una probabilidad elevada de quedar embarazadas, también tienen una mayor probabilidad de no contar con el acceso al cuidado que su embarazo requiere. Algunas razones que existen desde hace mucho tiempo además de la carencia de acceso geográfico y económico a instituciones médicas, ayudan a explicar por qué las jóvenes indígenas optarían en primera instancia por la familiaridad cultural de las comadronas tradicionales y los nacimientos en el hogar. Por ejemplo, pueden

desconfiar del sistema médico que es fundamentalmente no indígena y masculino, lo cual a menudo es percibido como insensible y ofensivo, y sus maridos y familias podrían preferir que no acudan a médicos masculinos debido a los estándares imperantes de recato. Sin embargo, se ha hecho mucho progreso en la utilización de la atención profesional en el parto, sobre todo por las poblaciones con mayor necesidad entre 1995 y 2002, la proporción de nacimientos que fueron médicamente atendidos aumentó en un 60% entre las mujeres rurales (del 25% al 40%) y las mujeres sin escolaridad (del 16% al 25%), y casi se duplicó entre las mujeres indígenas (del 12% al 23%).⁽⁹⁾

El nivel educativo de las adolescentes es muy bajo. La salud reproductiva y general de las jóvenes tiende a mejorar conforme aumentan los niveles de escolaridad. Lamentablemente, el objetivo de lograr la educación primaria universal entre las mujeres guatemaltecas sigue siendo difícil de alcanzar. Aunque la proporción de todas las mujeres entre 20 y 24 años que había completado al menos siete años de escolaridad (es decir, había comenzado la secundaria) aumentó dramáticamente de 1995 a 2002 del 27% al 39% dicho nivel de estudios sigue siendo poco común entre las mujeres indígenas (11%) y entre las mujeres de áreas rurales (24%).⁽⁹⁾

El nivel educativo varía ampliamente según grupo étnico y área de residencia. Por ejemplo, la proporción con al menos siete años de escolaridad es casi cinco veces mayor entre las jóvenes no indígenas que entre las indígenas (51% versus 11%) y 2,5 veces mayor entre las adolescentes urbanas que las rurales (62% versus 24%). Aunque la pobreza es la principal razón de estas diferencias, la situación se agrava por el hecho de que se ofrezca la instrucción sólo en español (a pesar de que una tercera parte de la población indígena habla sólo un idioma indígena) y por la dificultad de llenar puestos de enseñanza en áreas rurales poco accesibles. Todos estos factores reducen la motivación de los padres indígenas y rurales a enviar a sus hijos a la escuela, especialmente a sus hijas que a menudo son necesarias en el hogar. ⁽⁹⁾

Información del MINEDUC sobre el Índice de Avance Educativo a nivel Municipal del año 2009, indica que la matrícula en preprimaria y primaria se ha incrementado en la mayoría de municipios, sin embargo existe un rezago en el ciclo básico donde únicamente un 35% de la población adolescente tuvo acceso y lo finalizó; sólo un 20% tiene acceso a la educación diversificada y un 0.27% logra llegar a la Universidad. La tasa de analfabetismo del año 2009 es de un 19.47%, concentrándose en la población indígena y en extrema pobreza, aunque se ha registrado una disminución en la brecha por sexo y etnia que favorece a las

mujeres, debido principalmente a las estrategias del Comité Nacional de Alfabetización CONALFA relacionadas con la atención a mujeres, mujeres indígenas y población maya hablante.⁽¹⁰⁾

Según los datos del último censo de población, presentados por el PREAL-CIEN en el Informe de Progreso Educativo 2008, la escolaridad promedio de los adolescentes guatemaltecos de 13 a 17 años de edad es de sólo 4.8 años, es decir menos de 5to. Grado del nivel de educación primaria. Los datos demuestran que existen brechas importantes entre los jóvenes no indígenas y los indígenas quienes tienen un promedio de escolaridad de 3.8 años, y la disparidad es aún más notoria entre las jóvenes indígenas que logran acumular 3.5 años de estudios.⁽¹⁰⁾

La mayoría de las madres latinoamericanas de 15 a 19 años no han concluido la educación primaria y viven en comunidades rurales, según estadísticas proporcionadas por la UNFPA.⁽⁹⁾

Las uniones tempranas siguen siendo una norma predominante. Una cuarta parte de las mujeres de 20 a 24 años en 2002 había iniciado una unión formal o consensual antes de los 17 años y la mitad lo había hecho antes de llegar a los 20. (Las adolescentes guatemaltecas tienen una mayor probabilidad de

formar uniones consensuales que formales. En 2002, el 11% de las mujeres de 15 a 19 años estaba en una unión consensual, mientras que el 7% estaba en una unión formal. La tasa de uniones durante la adolescencia ha disminuido poco en los últimos años sólo en un 10% desde 1995 a 2002. Como es el caso en la mayor parte del mundo, la educación es uno de los factores que más influyen en la edad al momento de la primera unión: sólo una cuarta parte de las mujeres con al menos siete años de escolaridad ha establecido una unión antes de los 20, comparado con tres cuartas partes de las que no han asistido a la escuela. Este diferencial es mucho mayor que el que se da por área de residencia o por pertenencia étnica. Sin embargo, no toda la actividad sexual adolescente tiene lugar dentro de una unión y aunque sigue siendo duramente censurada, la prevalencia de dicha actividad ha aumentado moderadamente en los últimos años. Mientras que el 14% de las mujeres entre 20 y 24 años en 1995 había tenido relaciones sexuales prematrimoniales siendo adolescentes, en 2002 el 18% lo había hecho, un aumento del 25% durante un período de siete años. ⁽⁹⁾

Aunque Guatemala es en esencia una sociedad conservadora, no es inmune a las influencias de los rápidos cambios del mundo moderno. El nivel de la actividad sexual prematrimonial ha aumentado en casi todos los subgrupos de mujeres con la notable excepción de las mujeres sin ninguna

escolaridad, entre las cuales ha disminuido. Cuando estos aumentos en la actividad sexual antes de la unión se combinan con la incipiente tendencia a posponer la formación de uniones, el período de exposición al riesgo de un embarazo no planeado puede extenderse y el riesgo de las jóvenes de recurrir a un aborto inseguro podría aumentarse como resultado. Una quinta parte de todas las mujeres guatemaltecas entre 20 y 24 años tuvo relaciones sexuales antes de los 16 años, dos quintas partes antes de los 18, y casi tres quintas partes antes de los 20 años. Si las adolescentes sexualmente activas no usan métodos anticonceptivos, muchas están en riesgo de quedar embarazadas.⁽⁹⁾

En Guatemala, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-2008-2009) reporta que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años el 12% vive en unión libre y 7.8 % se encuentra casada.⁽¹⁷⁾

De acuerdo a la información del Observatorio en Salud Reproductiva –OSAR-1, un 40% de las jóvenes madres son solteras, muchas abandonan la escuela e ingresan al mercado laboral informal. Entre un 5% y un 9% las jóvenes abandonan a sus hijos al nacer.⁽¹⁰⁾

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas, (del

73% al 93%). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. Por ejemplo: la preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, es más frecuente en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia la adolescente embarazada. En el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto por tener un 50% de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto, este hecho se ha relacionado con factores tales como: la inmadurez del sistema inmunológico materno o bien, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada a una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. ⁽¹²⁾

En el período del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del "Canal del Parto", para permitir el paso del polo cefálico fetal, estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "Canal Blando", que

favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto que presenta amplia variedad y grado de severidad. ⁽¹²⁾

Un estudio realizado en la República de Panamá, reportó que en un grupo de mujeres adolescentes, los trastornos hipertensivo del embarazo disminuían al avanzar la edad, convirtiéndose el embarazo en adolescentes en un factor de riesgo para desarrollar la patología ⁽¹⁶⁾

Con relación al trabajo de parto prolongado, a las lesiones durante el parto y a la desproporción cefalopélvica, la literatura reporta que esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que en las adolescentes condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto una causa importante de trabajo de parto prolongado y parto instrumentado y por cesárea; la desproporción cefalopélvica en la adolescente embarazada muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto

prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual puede influir en la condición inmediata del recién nacido. ⁽¹⁶⁾

La problemática del aborto inducido en la población adolescente merece particular atención. En ella se conjugan varios factores que hacen que este sea un evento potencialmente más peligroso y traumático en la vida de las jóvenes de lo que puede ser para mujeres adultas. Dicho fenómeno afecta principalmente a las jóvenes más pobres y con menor escolaridad. Lo sufren con particular crudeza las menores de 16 años, quienes enfrentan mayores riesgos de sufrir daños fisiológicos y psicológicos cuando experimentan un aborto. Varios autores coinciden en que para una adolescente es más difícil encontrar un proveedor adecuado para interrumpir un embarazo, además de que es más probable que intente practicarse un aborto por sí misma. ⁽¹³⁾

A veces las adolescentes abortan en etapas tardías de su gestación, lo que aumenta el riesgo de complicaciones. La insuficiente conciencia sobre las reacciones de su cuerpo, suele traer consigo que tardíamente se den cuenta de que están embarazadas. Además, la decisión de abortar es a menudo difícil de tomar, en virtud de la sanción social que pesa sobre este acto y de la falta de apoyo para practicarse un aborto, en particular, por parte del autor del embarazo, quien raramente está cerca de su

pareja en tales circunstancias. La adolescente que desea abortar enfrenta, asimismo, otras dificultades, como encontrar a prestadores de servicios dispuestos a practicar el aborto y, sobre todo, contar con dinero necesario para cubrir su costo.⁽¹³⁾

En Chile, país mayoritariamente católico y donde el aborto es ilegal en cualquier circunstancia, se sanciona con dureza, tanto social como moralmente, a las mujeres embarazadas fuera del matrimonio, quienes ante tal situación suelen sentirse avergonzadas. En una investigación realizada en 1991 en Santiago con mujeres de 10 a 19 años, concluyeron, que según las condiciones de vida y las circunstancias en que tuvieron relaciones sexuales, las adolescentes embarazadas eligen entre proseguir un embarazo (en el marco del matrimonio, de la cohabitación o permaneciendo solas) o abortar. En el caso de haber tenido relaciones sexuales sin consentimiento (violación, incesto) algunas mujeres recurren al aborto y otras optan por dar a sus criaturas en adopción.⁽¹³⁾

En 1995 se llevó a cabo un estudio acerca de los factores de riesgo asociados a la práctica del aborto en residentes de las zonas urbanas de Pelotas, perteneciente al sureño estado brasileño de Río Grande do Sul. La investigación demostró que las adolescentes, que pertenecen a familias de ingresos económicos bajos y con menores niveles educativos, abortan en

condiciones de mayor riesgo, que ponen en peligro su salud. Con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 realizada en México, Menkes y Suárez estiman que de los primeros embarazos de adolescentes de 12 a 19 años, 4.9% fueron interrumpidos en mujeres del estrato socioeconómico más bajo, 6.1% en el estrato bajo y 9.3% en el correspondiente a los estratos medio y alto. Afirman, por lo tanto, que “existe un lazo indisociable entre la pobreza, la identidad y los roles de género y el embarazo adolescente”.⁽¹³⁾

Como ya se ha mencionado, en la región es difícil disponer de estadísticas confiables y precisas acerca de la ocurrencia del aborto, entre otras razones, por las condiciones de ilegalidad con que comúnmente se practica. La literatura en torno al tema refleja con claridad que tal situación afecta con mayor frecuencia a las adolescentes, sobre quienes es aún más difícil contar con información confiable acerca de la incidencia del aborto inducido. Sin embargo, algunos estudios muestran datos que confirman que un gran número de adolescentes se practican abortos. Tal fenómeno ha tendido a aumentar en algunos países, particularmente donde existe una legislación restrictiva en la materia.⁽¹³⁾

Con base en información para el año 2000, Shah y Ahman. Estiman que anualmente tienen lugar en América Latina y

el Caribe, 520 000 abortos riesgosos, que corresponden a mujeres de menos de 20 años. Tal cantidad constituye el 14% del total de abortos en la región. La tasa de abortos es de 20 por 1000 mujeres y la razón es de 28% nacimientos vivos: esta última cifra representa un nivel superior al observado en África y en Asia (22% y 15% respectivamente).⁽¹³⁾

En 1998, Singh hizo estimaciones indirectas de la tasa de aborto para ese grupo de población en cinco países de la región. De acuerdo con su estudio, dicho indicador varió entre 13 abortos anuales por cada mil mujeres de 15 a 19 años en México, y 36 en República Dominicana. La tasa fue de 32 en Brasil, 26 en Colombia y 23 en Perú. En cuanto a la razón de aborto por cada 100 embarazos de mujeres de 15 a 19 años ésta fue de 13 en México, 29 en República Dominicana, 30 en Brasil, 23 en Colombia y 28 en Perú. Otro estudio, basado en las encuestas demográficas y de salud, que tuvo lugar en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, señala que el porcentaje total de embarazos no deseados que terminaron en aborto fue de entre 69 y 97%.⁽¹³⁾

En una investigación durante la cual se analizaron los registros de todas las mujeres atendidas de enero de 1992 a junio de 1995 en un clínica de una pequeña ciudad de América Latina donde se practicaban abortos de manera clandestina, obtuvieron

los resultados siguientes: de un total de 808 de esas mujeres, 13% tenían menos de 20 años y un porcentaje considerable de estas últimas (12%) abortaron con 12 semanas de embarazo (la proporción de las mujeres de 20 años o más fue del 5%).⁽¹³⁾

De acuerdo con una investigación sobre el comportamiento sexual de estudiantes de 13 a 22 años realizada en la ciudad brasileña de Porto Alegre, 12% de las mujeres de nivel secundario y 15% de las universitarias declararon haber tenido al menos un aborto. En el caso de los varones, 2.7% de quienes cursaban el primer nivel y 11.6% del universitario dijeron haberse involucrado en el aborto de alguna amiga. Con respecto a su posición sobre el aborto si no fuera penalizado por las leyes brasileñas, 47% de los estudiantes del ciclo secundario y 64% del nivel universitario se mostraron a favor de esta práctica en caso de embarazos no deseados.⁽¹³⁾

En una encuesta aplicada a estudiantes de medicina mexicanos de 15 a 24 años, fueron muy pocas las mujeres (2%) que declararon haber recurrido al aborto. Señalaron, asimismo, que el embarazo que interrumpieron fue resultado de una falla en el método anticonceptivo utilizado. En otro estudio, también realizado en México durante 1997 y para el cual se entrevistaron a mujeres de 18 a 24 años, 20% de ellas manifestaron haber tenido

un embarazo no previsto y 23% que intentaron interrumpirlo, aunque sólo lo hizo el 10%.⁽¹³⁾

Por otra parte, en dos encuestas aplicadas a jóvenes de clase media, de 13 a 18 años en las principales ciudades colombianas, resultó que 5% de las adolescentes consultadas había quedado embarazada entre los 15 y los 17 años. De estos embarazos, 66% terminaron en aborto.⁽¹³⁾

Por otra parte se estima que durante el año 2000 la tasa específica de abortos en mujeres de Uruguay de 15 a 19 años fue de aproximadamente una mujer por cada 30 que abortan (32.5‰), mientras que la tasa de fecundidad fue de 62.6% y más de una tercera parte de los embarazos (34.2%).⁽¹³⁾

La perspectiva en América Latina se estima que la proporción total de las adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos. En Cuba una de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes.⁽¹⁵⁾

En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada 10 mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal son adolescentes, en comparación, uno de cada 7 nacimientos se producen en madres adolescentes. Estudios estadísticos

tomando en cuenta datos indirectos consideran que en Latinoamérica se producen en cada año alrededor de un millón de abortos en mujeres menores de 20 años. ⁽¹⁵⁾

Uno de los factores predisponentes para el embarazo en la adolescencia es el inicio temprano de la vida sexual, siendo la región de América Latina y el Caribe un área donde se estima que aproximadamente el 22% de las niñas inician su vida sexual antes de cumplir los quince años (9); en Colombia, según un estudio realizado por la facultad de medicina de la Universidad Nacional, el promedio de inicio de la actividad sexual en las colombianas es de 13,8 años. ⁽¹⁶⁾

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. En el año de 1998 se observó que 2.415.355 jóvenes iniciaron relaciones sexuales, lo que representa un 60% del total de ellos. Al agregar al resultado general de la iniciación sexual infantil el grupo de jóvenes que comenzaron su experiencia sexual entre los 15 y 19 años, se concluye que más del 90% (93.7% / 2.262.091) de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, lo han hecho antes de cumplir los 20 años. ⁽²¹⁾

TABLA 7

**INICIO DE VIDA SEXUAL EN ADOLESCENTES
MENORES DE 14 AÑOS CUYOS PARTOS
FUERON ATENDIDOS EN 6 HOSPITALES
NACIONALES,
1 DE ENERO 2012 AL 30 JUNIO 2013**

INICIO DE VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATORCE AÑOS	39	10.08%
TRECE AÑOS	260	67.18%
DOCE AÑOS	66	17.05%
ONCE AÑOS	18	4.65%
DIEZ AÑOS	4	1.03%
TOTAL	387	100.00%

La procreación precoz se correlaciona con más altas tasas de fecundidad, más cortos intervalos entre alumbramientos, menor cantidad de familias nucleares tradicionales y la transmisión a los propios hijos de la preferencia por familias numerosas. Esos efectos no son meramente transitorios. Persisten tanto más tiempo cuanto más pobre sea inicialmente la adolescente. Entre las adolescentes pobres (a diferencia de las que están en posición económica más desahogada), la procreación redundará en menores sueldos mensuales; y los efectos sobre nutrición de los niños sólo se ponen de manifiesto entre pobres.⁽¹⁹⁾

Según la National Center for Health Statistics (2002), el 9.6% de las madres de entre 15 y 19 años dio a luz a bebés de bajo peso (2.5 kg), en comparación con el 7.8% correspondiente a madres de

todas las edades. El riesgo es mayor para adolescentes más jóvenes: 11.3% de las madres de 15 años tuvo bebés de bajo peso en 2002, comparado con 8.9% de madres de 19 años (168.11 nacimientos, 14.920 de bajo peso).⁽⁹⁾

III. OBJETIVOS

A. Objetivo general:

Identificar las complicaciones durante el parto y puerperio en adolescentes (edades comprendidas entre 10 y 19 años), ingresadas a los servicios de labor y partos y maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el año 2013.

B. Objetivos específicos:

1. Identificar las características personales (edad, estado civil, procedencia, escolaridad) de la paciente.
2. Determinar la incidencia de complicaciones de embarazos en adolescentes.
3. Describir las características obstétricas (menarquía, cohabitación, número de gestas, número de parejas sexuales, control prenatal) de las adolescentes embarazadas.
4. Identificar el tipo de complicaciones más frecuentes durante el parto y puerperio en adolescentes.

5. Señalar la vía de resolución del embarazo y las indicaciones del mismo.

6. Reconocer las complicaciones perinatales más frecuentes, producto del embarazo en adolescentes.

IV. MATERIAL Y METODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio descriptivo –prospectivo - transversal

B. POBLACION

Pacientes embarazadas comprendidas entre 10 y 19 años de edad que acudieron al Hospital Regional de Zacapa para la atención de su parto y puerperio.

C. CALCULO DE LA MUESTRA

La población estudiada fueron pacientes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años quienes cursaban con trabajo de parto y fueron atendidas en este centro asistencial durante el año 2013, periodo durante el cual se atendieron 1713 pacientes comprendidas en estas edades, de las cuales se obtuvo una muestra aleatoria significativa de 314 pacientes, la cual se obtuvo a través de una matriz de tamaños muestrales con un nivel de confianza del 95%, a través de las siguientes operaciones.⁽¹⁶⁾

MATRIZ DE TAMAÑOS MUESTRALES PARA DIVERSOS MARGENES DE ERROR Y NIVELES DE CONFIANZA , AL ESTIMAR UNA PROPORCION EN POBLACIONES FINITAS

N [tamaño del universo]	1713
-------------------------	-------------

p [probabilidad de ocurrencia]	0.5
--------------------------------	------------

FORMULA EMPLEADA

$$N = n_0 \frac{1 + n_0}{N}$$

$$n_0 = p * (1 - p) * \frac{z^2 (1 - \alpha/2)^2}{2}$$

Nivel de Confianza (alfa)	1- alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0.05	1.64
95%	0.025	1.96
97%	0.015	2.17
99%	0.005	2.58

Matriz de Tamaños muestrales para un universo con una p de 0.5										
Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10.0%	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	3.0%	2.0%	1.0%
90%	62	75	93	117	151	233	276	386	542	715
95%	86	103	126	157	200	314	343	457	600	738
97%	103	123	150	185	232	370	383	496	629	749
99%	138	163	196	238	293	480	452	558	671	763

El muestreo sistemático se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$K = N/M$$

$$K = 1713 / 314$$

$$K = 5 \text{ (intervalos)}^{(16)}$$

D. CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres comprendidas entre las edades de 10 y 19 años.
- Pacientes que fueron atendidas en los servicios de labor y parto y maternidad del Hospital Regional de Zacapa.
- Pacientes atendidas durante el periodo de enero a diciembre del año 2013.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes mayores de 19 años.
- Pacientes que presentaron parto y atención extra hospitalariamente.

F. DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medida
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	10 -11 años 12 – 13 años 14 – 15 años 16 – 17 años 18 – 19 años	Cuantitativa de intervalo	Ordinal	Años
Estado civil	situación de la persona física, determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o parentesco	casada unión libre soltera	Cualitativa	Nominal	Estado civil actual de la paciente
Escolaridad	Tiempo durante el cual el alumno asiste a la escuela	analfabeta primaria incompleta	Cualitativa	Ordinal	Ultimo año escolar cursado y aprobado por

	o cualquier centro de enseñanza.	<p>primaria completa</p> <p>básico</p> <p>diversificado</p> <p>universitario</p>			la paciente.
Procedencia	Origen de algo o principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar la nacionalidad de una persona.	<p>Municipios</p> <p>Departamentos</p> <p>País</p>	Cualitativa	Nominal	Lugar de procedencia de cada paciente.
Numero de gestas	es el numero de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si	<p>1 gesta</p> <p>2 gestas</p> <p>3 gestas o mas</p>	Cuantitativa	Ordinal	Numero de gestas

	los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos				
Menarquía	Edad a la que se presenta el primer periodo menstrual en la vida	9 años 10 años 11 años 12 años 13 años o mas	Cuantitativa	Ordinal	Edad de inicio de la menstruación
Cohabitarquía	inicio de la vida sexual	11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años	Cuantitativo	Ordinal	Edad de inicio de las relaciones sexuales
Número de parejas sexuales	Número de Parejas con quien compartió actividad sexual desde el inicio de la misma	1 pareja 2 parejas 3 ó más parejas sexuales	Cuantitativo	Ordinal	Número de parejas sexuales anteriores y actuales

Número de abortos	Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas, antes de que el feto sea viable, o pérdida fetal con un peso menor a 500mgr.	0 abortos 1 aborto 2 o más abortos	Cuantitativo	Ordinal	Número de abortos previos
Control prenatal	Es la serie de contactos, entrevistas o vistas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar, la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y crianza	SI NO	Cualitativo	nominal	Se tomara como afirmativo el control prenatal si la paciente cumplió como mínimo con 5 visitas.
Complicación durante el parto	Situaciones indeseables o	SI NO	Cualitativo	Nominal	complicaciones durante el parto

o puerperio	adversas relacionadas con el parto o puerperio				o puerperio
complicaciones durante el parto asociadas o no al embarazo	describe el tipo de las complicaciones del proceso de parto normal: un proceso más lento que lo normal (un desorden de prolongamiento) o una cesación del proceso del parto, así como el desencadenamiento de patologías asociadas al embarazo	Desproporción cefalopelvica, hipertensión arterial, sufrimiento fetal agudo, desaceleraciones graves, ruptura uterina, ruptura prematura de membranas ovulares, anhidramnios, oligohidramnios, macrosomía fetal, polihidramnios	Cualitativo	Nominal	Complicación durante el parto.
Complicaciones durante el puerperio	puerperio que evoluciona fuera de los parámetros normales secundarios a	Endometritis, hemorragia postparto, dehiscencia y/o infección de	Cualitativa	Nominal	Complicación durante el puerperio

	diversas complicaciones ocasionados por múltiples factores biológicos y socioculturales que influyen de manera directa constituyendo una de las causas que afectan a la puérpera	herida operatoria, infección y/o dehiscencia de episiotomía, retención de restos placentarios.			
Parto eutócico	Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales.	SI NO	cualitativo	Nominal	Parto con resolución por vía vaginal
Parto distócico	Parto distócico o parto anormal, es un parto	SI	Cualitativo	Nominal	Parto con resolución por vía vaginal

	complicado que tiene dificultades, requiriéndose maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización de parto	NO			utilizando maniobras o con resolución por cesárea.
Complicaciones neonatales	Complicaciones presentadas por el recién nacido durante las primeras 24 horas de vida. Prematurez, bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer, extremadamente bajo de peso al nacer, neumonías, riesgo de sepsis, síndrome de aspiración de meconio.	SI NO	Cualitativo	Nominal	recién nacidos que presentaron complicaciones durante el período neonatal

G. FUENTE DE INFORMACIÓN

La información fue recabada de la SIGSA 6 y de los 314 expedientes médicos de las pacientes, proporcionada por el Departamento de estadística del Hospital Regional de Zacapa.

H. RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para la recolección de la información se usó una boleta que el investigador lleno con los datos de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, elaborada específicamente para este estudio.

I. PLAN DE ANALISIS

Los datos obtenidos en el instrumento de recolección de datos se vaciaron a un formato estadístico con el cual se realizó un análisis estadístico en el programa EXCEL, se representaron en tablas de frecuencia simple con número y porcentaje.

J. ASPECTOS ETICOS

Este estudio está diseñado para determinar la incidencia de complicaciones durante el parto y puerperio de pacientes

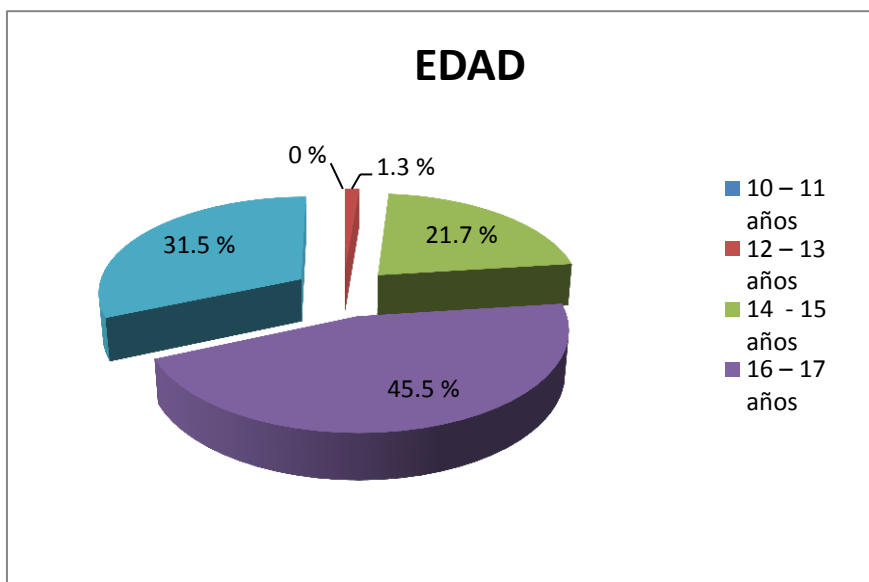
adolescentes que acudieron al Hospital Regional de Zacapa para la atención de su parto y puerperio inmediato. Se guardó confidencialidad de los resultados respetando las normas morales del código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala para cumplir con los principios éticos de la práctica médica y para las investigaciones médicas en seres humanos cuando la investigación se combina con la atención médica. Se realizó una solicitud de autorización a la Jefatura del Departamento de Ginecología y obstetricia para la realización del estudio. (ver anexos)

V. RESULTADOS

En el período de Enero a Diciembre del año 2013, fueron atendidas 1,713 pacientes adolescentes de las cuales se obtuvo una muestra significativa de 314 pacientes, de quienes se recabó información en una boleta de recolección de datos los cuales fueron tabulados en el sistema operativo Excel, obteniendo los siguientes resultados:

GRAFICA No.1

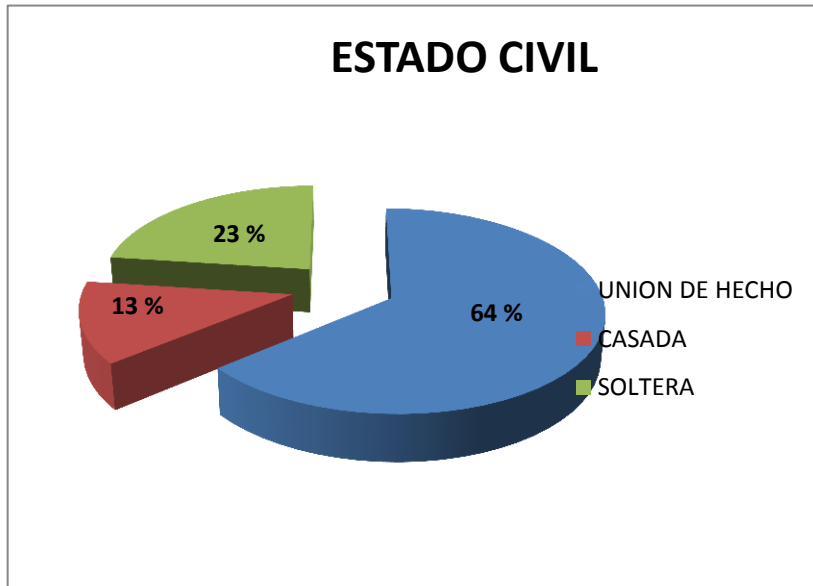
Caracterización de pacientes según la edad de embarazadas adolescentes que resolvieron su parto en el Hospital Regional de Zacapa, de enero a diciembre del año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 2

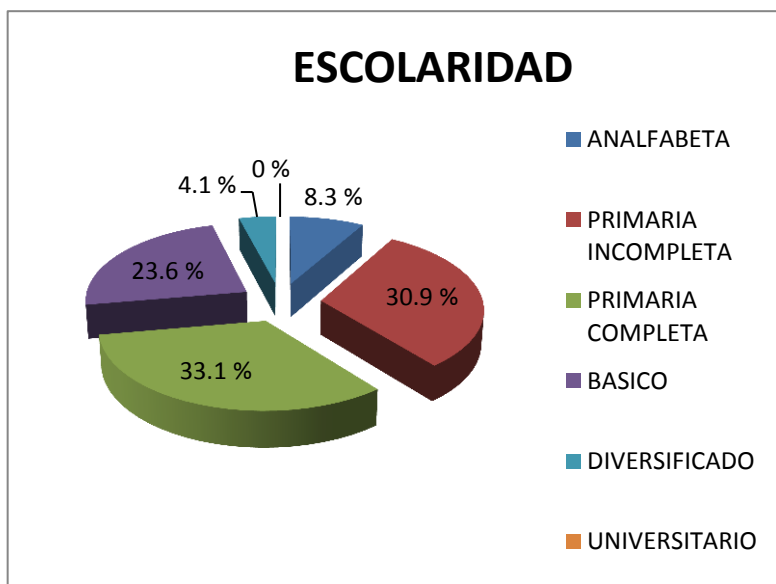
Estado civil de embarazadas adolescentes atendidas en el hospital regional de Zacapa, año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No.3

Escolaridad de embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa durante el período de enero a diciembre del año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 4

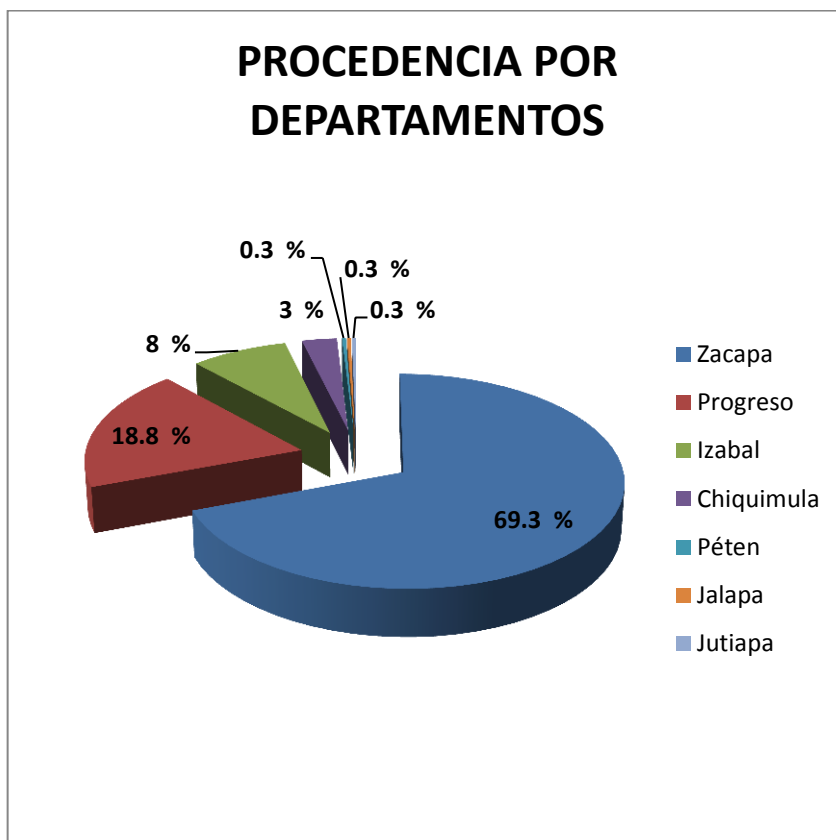
Procedencia por país de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa, año 2013



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 5

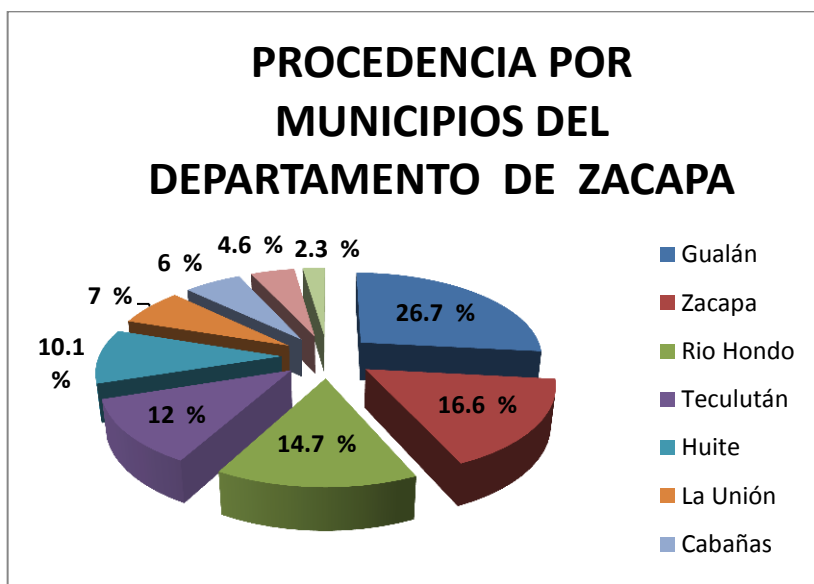
Procedencia por departamentos de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa, año 2013



Fuente: SIGSA No. 6 y 313 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 6

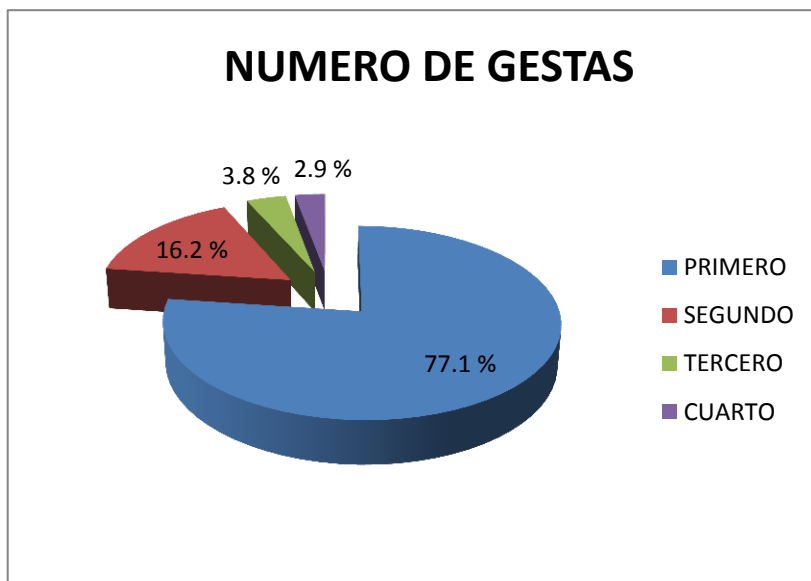
Procedencia por Municipios del Departamento de Zacapa de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa, año 2013.



Fuente: SIGSA No. 6 y 217 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 7

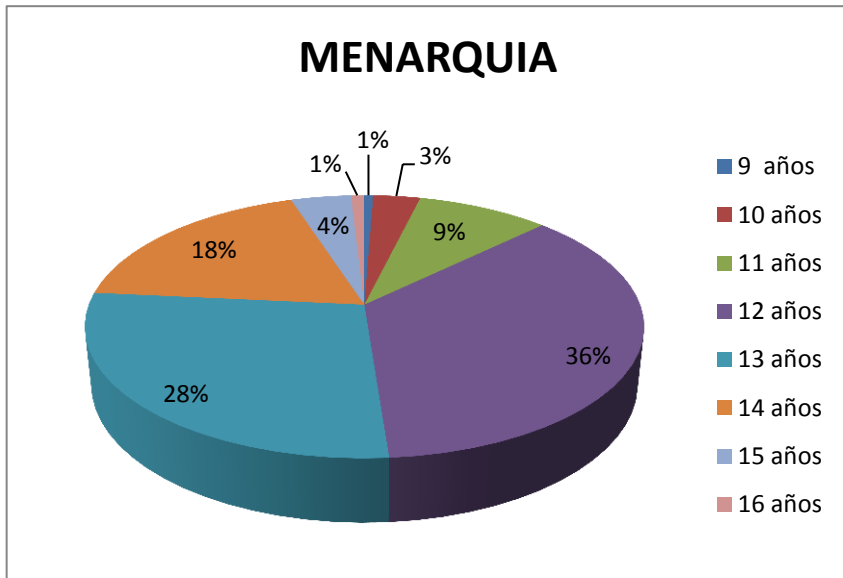
Numero de gestas de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa, año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 8

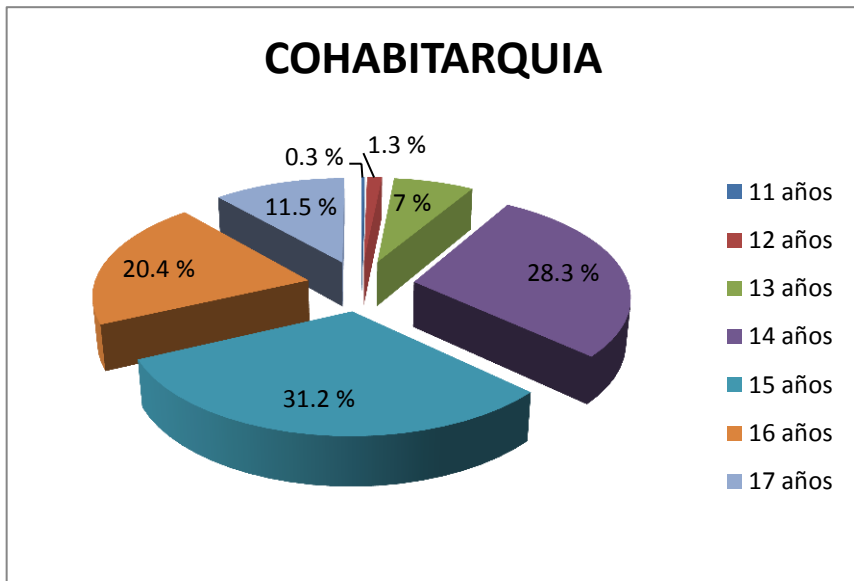
Edades de menarquía en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa, año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

TABLA No. 9

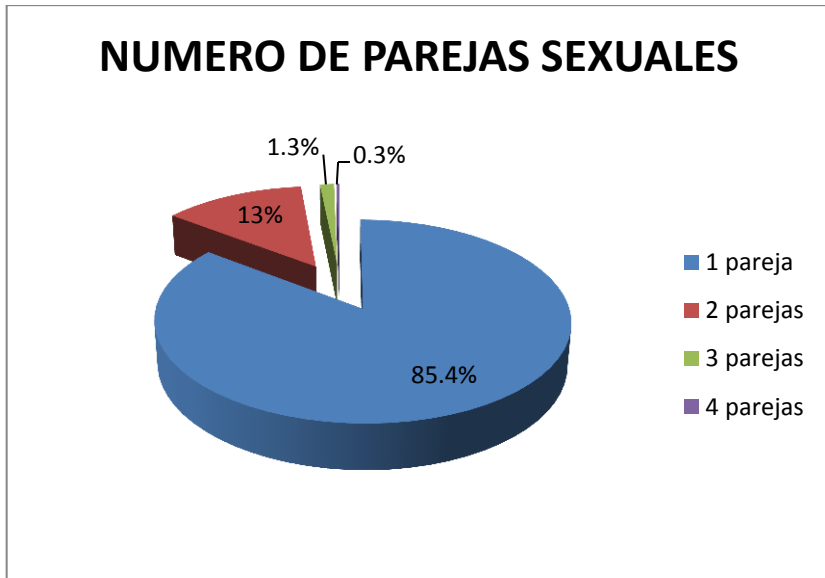
Caracterización de edades de cohabitación de embarazadas adolescentes atendidas en el hospital regional de Zacapa, durante el año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes

GRAFICA No. 10

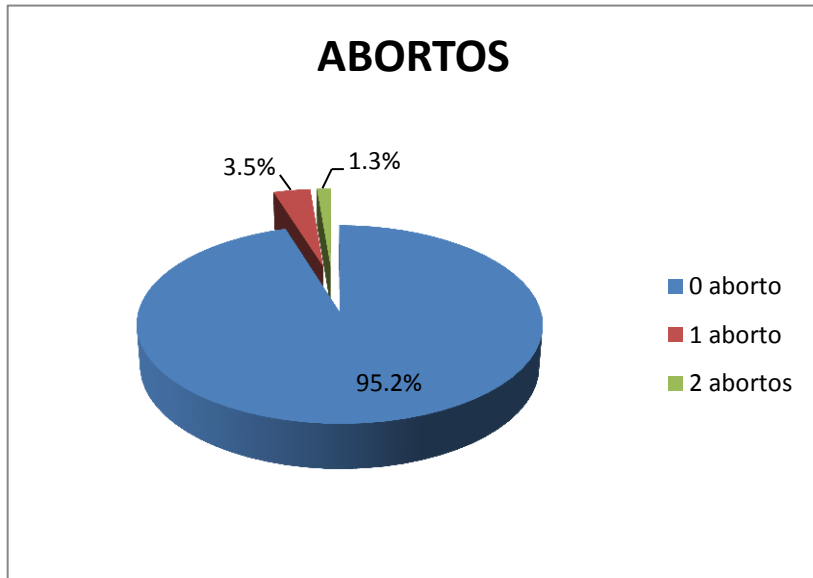
Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital regional de Zacapa, año 2013



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 11

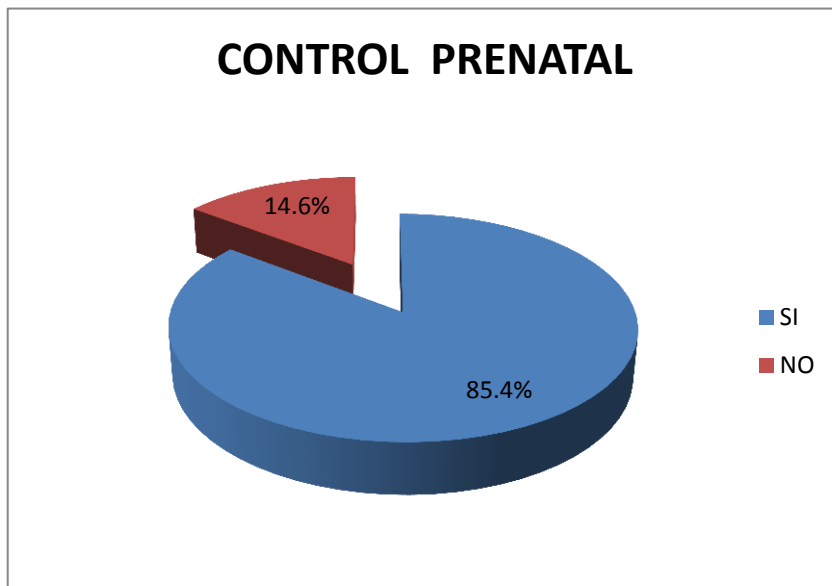
Cantidad de abortos en pacientes embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa en el año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes

GRAFICA No. 12

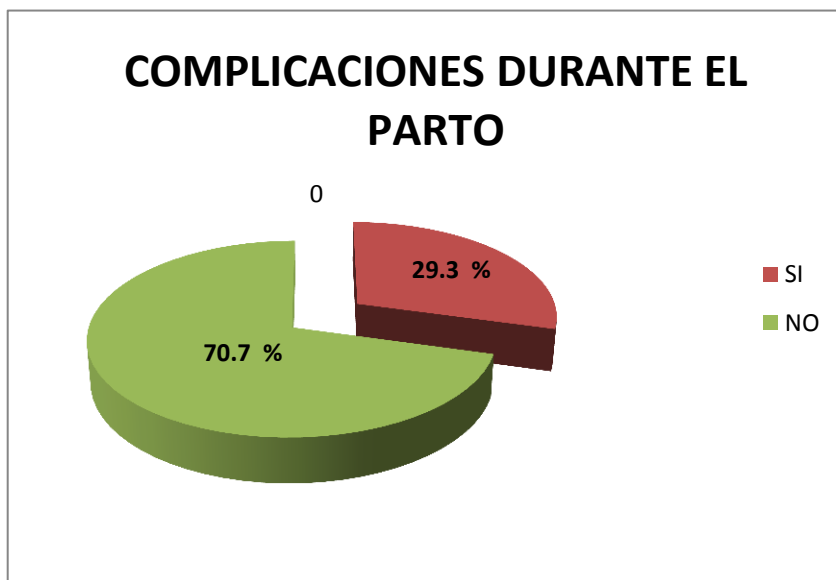
Control prenatal en embarazadas adolescentes, atendidas en el hospital regional de Zacapa, año 2013



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 13

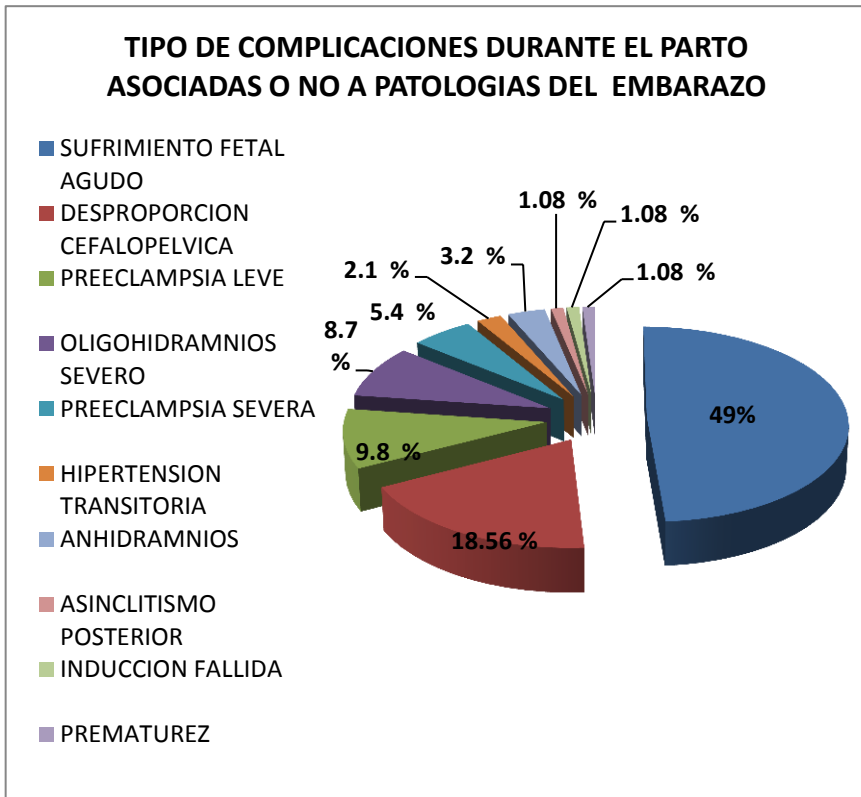
Pacientes adolescentes que presentaron complicaciones durante el parto en el Hospital Regional de Zacapa en el año 2013.



Fuente: SIGSA No. 6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 14

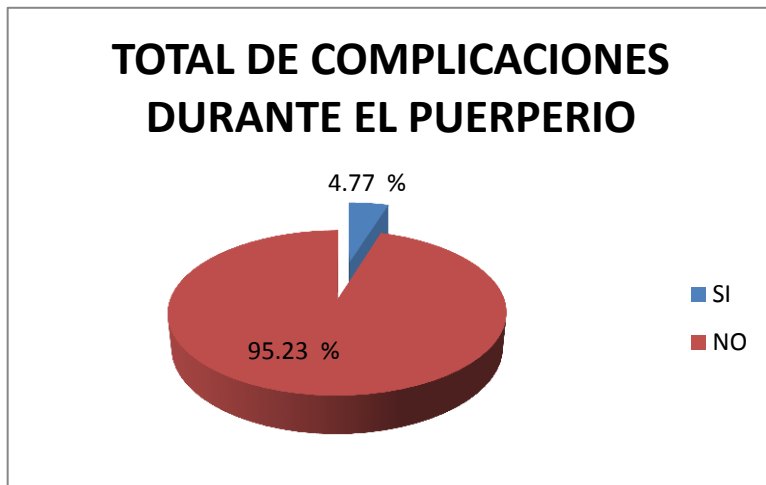
Tipo de complicaciones presentadas durante el parto asociadas o no a patologías del embarazo de pacientes adolescentes que resolvieron embarazo en el Hospital Regional De Zacapa en el año 2013



Fuente: SIGSA No.6 y 92 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 15

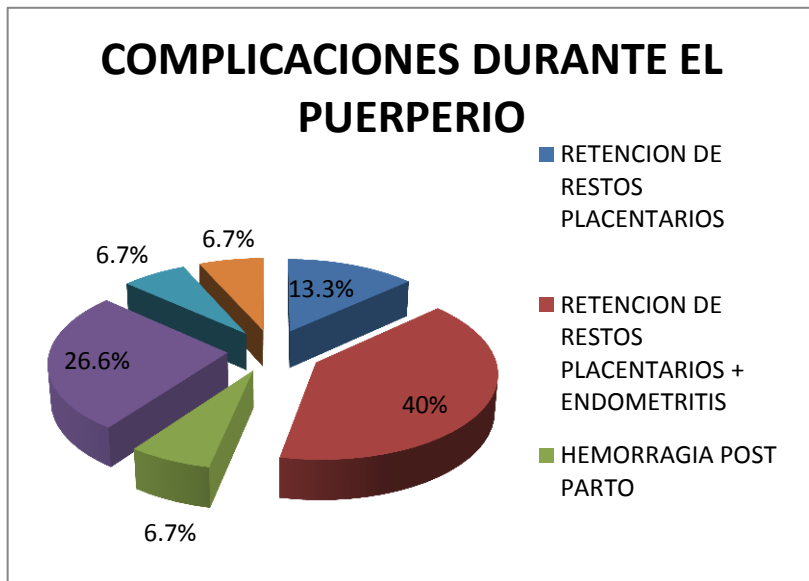
Total de complicaciones presentadas durante el puerperio de pacientes adolescentes que resolvieron embarazo en el Hospital Regional De Zacapa en el año 2013



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 16

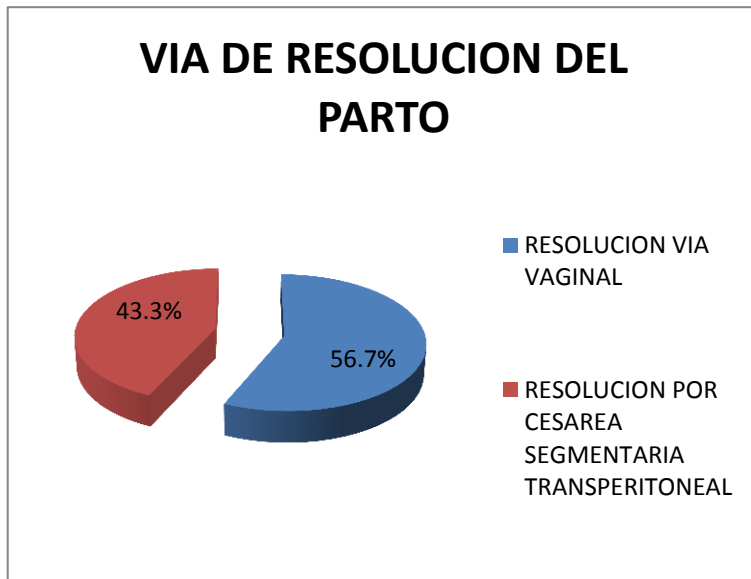
Complicaciones presentadas durante el puerperio de pacientes adolescentes que resolvieron embarazo en el Hospital Regional De Zacapa en el año 2013



Fuente: SIGSA No.6 y 15 expedientes clínicos de las pacientes.

GRAFICA No. 17

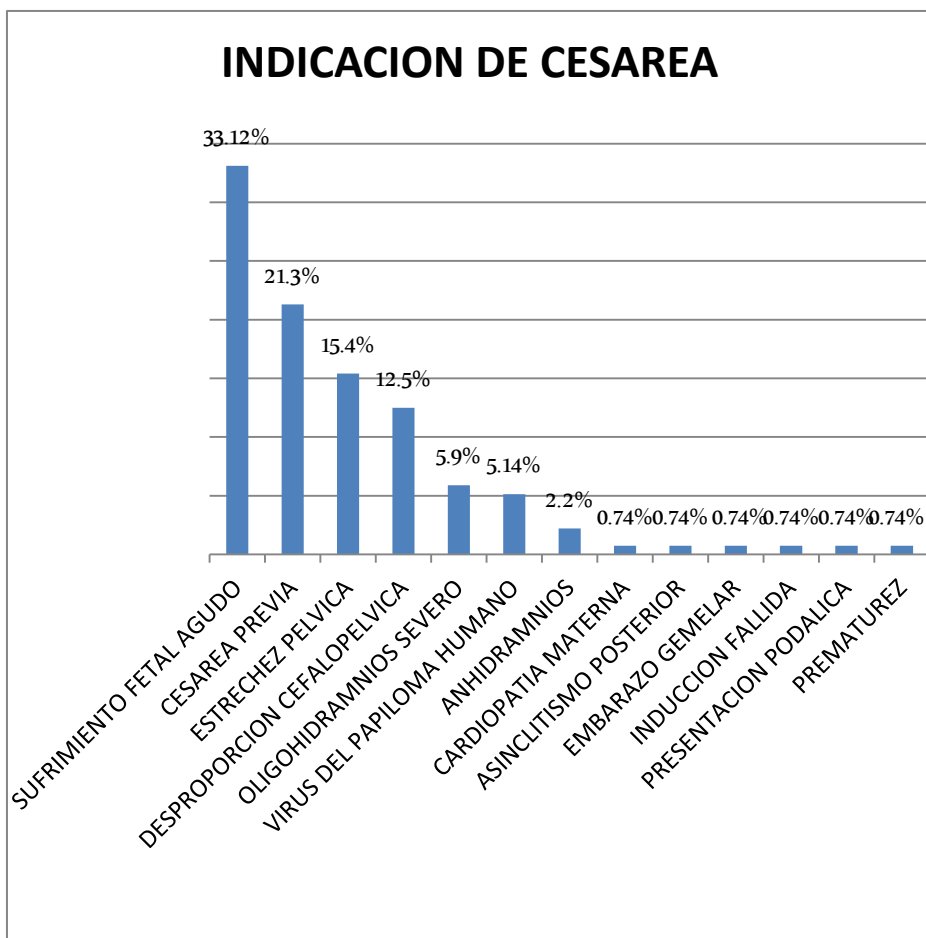
Vía de resolución del parto de embarazadas adolescentes atendidas en el hospital regional de Zacapa, año 2013



Fuente: SIGSA No.6 y 314 expedientes clínicos de las pacientes

GRAFICA No. 18

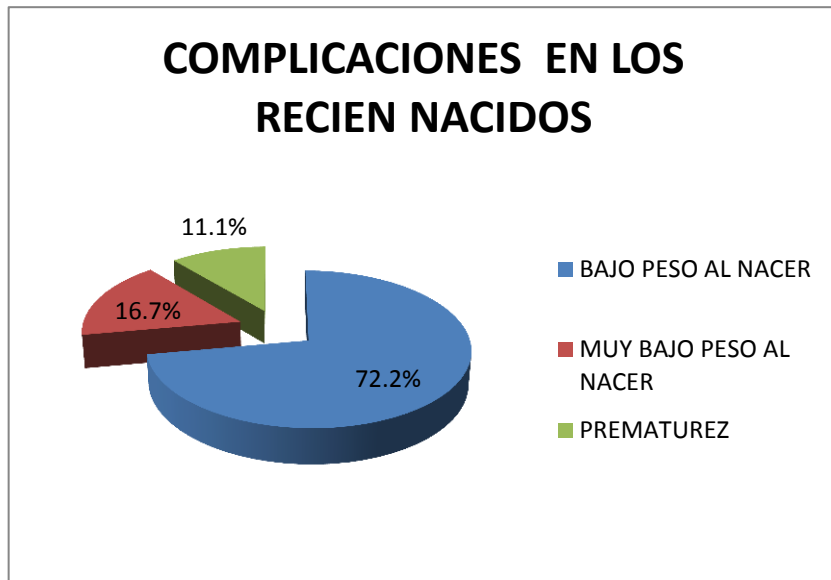
Indicaciones de cesáreas de embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa, año 2013.



Fuente: SIGSA No.6 y 136 expedientes clínicos de las pacientes

TABLA No. 19

Complicaciones en los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el hospital Regional de Zacapa durante el período de enero a diciembre de 2013.



FUENTE: 36 expedientes médicos de los recién nacidos

VI. DISCUSION Y ANALISIS

El objetivo principal de esta investigación es identificar las complicaciones durante el parto y puerperio en adolescentes ingresadas al servicio de labor y partos y maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período de enero a diciembre del año 2013.

Según estudios realizados en países de América Latina la edad media de inicio de las relaciones sexuales se da alrededor de los 15 años, lo cual coincide con el presente estudio en donde podemos observar que las edades de la cohabitación se presentan más en adolescentes de 14 a 15 años encontrando la mayor incidencia en las pacientes de 15 años. El inicio de actividad sexual sin una adecuada educación sobre este tema y sin los servicios de apoyo de orientación y salud para este grupo poblacional propicia comportamientos de riesgo que pueden resultar en embarazos no deseados o no planificados tal como muestran los resultados obtenidos, debido a que las edades con más frecuencia de embarazos están entre los 16 a 17 años los cuales son cercanos a la edad de inicio de las relaciones sexuales. Además el inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos, en las mujeres que comienzan a procrear a una edad temprana, esto influye en el tamaño de las familias.

A escala mundial se han descrito que al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad, esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan varios estudios en Latinoamérica, estos datos coinciden con el presente estudio ya que un pequeño porcentaje afirmó haber tenido un aborto previo al embarazo actual. Sin embargo en nuestro país no se cuentan con datos exactos por ser esta práctica penada por la ley.

Por otra parte la madurez biológica según estudios recientes se ha observado un descenso en la edad de la menarquía lo que permite a la adolescente ser madre en edades tempranas, reportan un inicio de la menstruación a los 11 años, en nuestra población estudiada la edad más frecuente fue de 12 años, lo cual se acerca mucho a los datos obtenidos en otros estudios, y es en estas edades donde el embarazo es más vulnerable lo que conlleva a mayores riesgos maternos y perinatales.

Según la información recabada para este estudio la mayor parte de las adolescentes embarazadas son primigestas lo cual coincide con la literatura consultada, sin embargo es importante destacar que el primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez anatómica y fisiológica.

Se ha descrito en la literatura como una manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente

la estrechez del canal óseo y/o blando. Lo cual condiciona a un enlentecimiento del proceso del trabajo de parto o su detención por completo dando como resultado una desproporción cefalopelvica la cual se encuentra en este estudio en segundo lugar de complicaciones durante el parto y en tercer lugar de indicaciones de cesárea. Pero aun más importante durante la realización de este estudio el hallazgo de que esta misma inmadurez anatómica y fisiológica en la adolescente determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y/o período expulsivo laborioso lo cual puede influir en la condición inmediata del feto, tal como evidencian nuestros resultados, apreciándose al sufrimiento fetal como primera causa de complicaciones durante el parto y primera causa de cesáreas segmentarias transperitoneales. Sin embargo no se encuentra como una causa común en otros países de Latinoamérica. Llama la atención en el grupo estudiado que la segunda indicación más frecuente de cesárea es una cesárea previa la cual tampoco figura como una de las indicaciones más frecuentes en la literatura consultada.

De la morbilidad materna durante el puerperio se han documentado como causas frecuentes: la endometritis más retención de restos placentarios y la infección de la herida operatoria lo cual coincide con otros estudios y esto puede deberse a la deficiencia de estado nutricional, infecciones urinarias y vaginales no tratadas que se atribuye por un lado a un

nivel económico bajo y control prenatal deficiente, lo cual también contribuye a la morbilidad perinatal como el bajo peso al nacer el que se encuentra en este y otros estudios como causa frecuente, aunque en este estudio el número de casos fue muy bajo.

Según datos reportados por la OMS, indica que la resolución de los embarazos por cesáreas han ido en aumento, lo cual se puede constatar con los resultados obtenidos, ya que el número de cesáreas es similar al número de partos atendidos.

El no control prenatal representa un factor importante que contribuye a las complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio, en estudios realizados en Latinoamérica principalmente se ha reportado que las pacientes adolescentes no han contado con un control prenatal adecuado lo que no permite corregir a tiempo problemas de salud que desencadenan en morbi-mortalidad en la madre y el neonato. Lo que no coincide en la población de este estudio ya que un alto porcentaje afirmó haber llevado control prenatal (5 controles como mínimo) lo cual se ve reflejado en que la mayor parte de la población estudiada no presentó morbilidad, lo anterior se puede relacionar con que la mayor parte de las pacientes son alfabetas refiriendo más de la mitad haber cursado por lo menos el nivel primario lo cual facilita la educación durante el control prenatal.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de abandonar sus estudios secundarios, lo que interfiere en sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos económicos para cubrir sus necesidades básicas, lo que se convierte en una consecuencia de la pobreza, además las adolescentes menos instruidas tienen cuatro veces más riesgo de embarazarse. No se cuentan con datos que documenten la deserción escolar en las adolescentes antes del embarazo en nuestro país. En el presente estudio se logra observar que más de la mitad de las pacientes contaban solo con el nivel primario de ellas la mayoría no lo completo y una mínima parte logro terminar la secundaria lo que coincide con estudios realizados en otros países en vías de desarrollo.

El embarazo adolescente se da en su mayoría en una población de mujeres en unión de hecho, algunos estudios han descrito una relación entre el estrato socioeconómico y el estado civil, ya que en la mayoría de adolescentes de estratos bajo esta característica es mayor. Lo anterior lo podemos confirmar con los resultados obtenidos ya que se puede observar que más de la mitad de la población viven en unión de hecho.

Según la literatura consultada el bajo peso al nacer aparece entre una de las causas más frecuentes de complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes debido a que la adolescencia y

el embarazo son dos períodos en la vida del ser humano que requieren mayor demanda de nutrientes, lo que al encontrarse deficiente da como resultado un bajo peso al nacer, dato que es confirmado con los resultados obtenidos en el presente estudio.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 De las características personales las edades más frecuentes de adolescentes embarazadas se dio entre los 16 y 17 años, la mayor parte refirió ser soltera procedentes en su mayoría del municipio de Gualán y por ultimo un número significativo curso únicamente el nivel primario.
- 6.1.2 De las características obstétricas se logra concluir que la edad de la menarquía se dio en la población en una edad promedio de 12 a 13 años, y que poco tiempo después de esta edad a los 15 años inician su vida sexual. La mayor parte refirió haber tenido una sola pareja sexual y cursar con su primera gesta. La mayoría indico si haber llevado control prenatal.
- 6.1.3 La vía de resolución del embarazo más alta fue por vía vaginal aunque no presento mayor diferencia con el número de pacientes que resolvieron por cesárea.
- 6.1.4 la complicación perinatal más frecuente observada fue el bajo peso al nacer.
- 6.1.5 El presente trabajo describe los datos más relevantes referentes a las complicaciones durante el parto y puerperio en adolescentes, ingresadas al servicio de labor

y partos y maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el año 2013. De lo anterior se determina que las complicaciones más frecuentes están representadas por el sufrimiento fetal (durante el parto), y la endometritis (durante el puerperio).

6.2 RECOMEDACIONES

- 6.2.1 Son diversas las variables que influyen en la aparición de la maternidad en la adolescencia resultando difícil desvincular una de otra. Por lo que es importante crear programas de educación sexual que presten orientación y atención integral de salud del adolescente en la familia, la escuela, y la comunidad. Fuera del sector formal de educación, los medios de comunicación representan un valioso espacio para la transmisión de mensajes educativos, formativos que incluyan a los adolescentes con el objetivo de lograr un cambio positivo en su conducta sexual.
- 6.2.2 Informar a las adolescentes que se encuentran en su periodo de puerperio en el servicio de maternidad sobre métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos y brindar consejería completa que les oriente a la selección adecuada de los mismos según la edad de las pacientes.
- 6.2.3 En el marco de la ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, se recomienda a los ministerios de Salud

Pública y Asistencia social y de Educación, adoptar acciones interinstitucionales para que junto a otras organizaciones públicas y privadas sectoriales puedan incluir en la currícula de formación, contenido sobre derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbi-mortalidad materno infantil.

6.2.4 Por la dificultad que representa la recolección de datos en la revisión de los expedientes clínicos se recomienda crear programas de expedientes clínicos acordes a la tecnología actual que faciliten el análisis de los datos y estadísticas que son necesarios e indispensables para la toma de decisiones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. (2012). Embarazo en adolescentes y oportunidades en América Latina y El Caribe. (en línea) Washington. Consultada 19 de enero de 2015.
Disponible en:
<http://www.redetisiipeunesco.org/wpcontent/uploads/>
2. Camacho Armando(2000). Perfil sexual y reproductiva de los y las adolescentes jóvenes de América Latina y El Caribe. (en línea)Guatemala. Consultada 2 de febrero 2008.
Disponible en:
<http://www.planredparenthood.org/files/ppfa/informe-embarazo-adolescentespdf>.
3. Caracolradio.(2013) América Latina segunda región con mas adolescentes con embarazo, ONU.(en línea) Venezuela. Consultada 30 de octubre 2015.
Disponible en :
[http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/América Latina/segunda-región-con-más-adolescentes-en-embarazo-ONU/2013/nota/2004956.aspx](http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/América-Latina/segunda-región-con-más-adolescentes-en-embarazo-ONU/2013/nota/2004956.aspx)

4. Centro de Estudios sobre Población, Empleo y Desarrollo (CEPED).(2015)El aborto en América Latina y El Caribe.(en línea)Guatemala. Consultada 27 de mayo 2015.
Disponible en:
http://www.ceped.org/cdrom/anortement_ameriquionline_2006/sp/chapitres.html

5. Facultad de enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.(2012).Embarazo en adolescentes; una mirada desde el cuidado de enfermería(en línea)Colombia. Consultada el 21 de junio de 2012.
Disponible en:
http://www.velbosque.edu.co./sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombia_enfermería/volumen7/embarazo.pdf.

6. Fistera (2008) Calculadora en Excel para calcular tamaño menstrual. (en línea) México. Consultada 16 de junio de 2008. Disponible en:
http://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/tamaño_muestral.xls.

7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2007) La niñez guatemalteca en cifras, compendio estadístico sobre niños, niñas y adolescentes. (en línea) Guatemala. Consultada: enero de 2007
Disponible en: [http://www.desarrollohumano.org.gt
>default>files](http://www.desarrollohumano.org.gt>default>files)
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011) Conceptos básicos sobre la explotación sexual. (en línea). Guatemala: consultado el 19 de febrero de 2003.
Disponible en: http://www.unicef.org/lac/1.conceptos_basicos.pdf.
9. Fondo de Poblacion de Naciones Unidas (UNFPA). (2013). Alza del embarazo adolescente en América Latina: Fenómeno Preocupante.(en línea)Guatemala. Consultada 30 de octubre de 2015.
Disponible en: <http://www.guioteca.com/adolescencia/alza-del-embarazo-adolescente-en-américa-latina-fenomeno-preocupante/>.
10. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). (2011) América Latina segunda región con más embarazos. (en línea) Guatemala. Consultada 18 de noviembre 2014.

Disponible en: <http://www.todanoticia.com/48818/América-latina-segunda-region-embarazos/#sthash.nacurwye.pdf>.

11. Gutierrez Ramos, Arelly. (2002) Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado. (en línea) Guatemala. Consultada enero 2002.
Disponible en: <http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis>
12. GuttmacherInstitute. (2006). Maternidad temprana en Guatemala, un desafío constante. (en línea)Guatemala. Consultada el 9 de noviembre 2006.
Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/rib-guatemala.pdf>.
13. Instituto de Seguridad de Servicios Sociales (ISSSTE). (2014) Embarazo en adolescentes. (en línea) México. Consultada 4 de octubre 2014.
Disponible en: <http://www.redalic.org/pdf>.
14. Ministerio de Educación (MINEDUC).(2012) Línea base de educación integral en sexualidad del nivel de educación primaria.(en línea)Guatemala. Consultada 11 de septiembre 2012.

Disponible en:
http://www.mineduc.gob.gt/digeduca/socumentos/investigaciones/línea_base_EIS.pdf.

15. Montalvo González, Nancy Guadalupe (2007). Factores que predisponen el embarazo en adolescentes. (en línea). México, Veracruz. Consultada 7 enero 2007.
Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bistream/tesis-02>

16. Observatorio en salud reproductiva (OSAR). (2013) Análisis de la Situación de Embarazos en Niños y Adolescentes. (en línea).Guatemala: consultado el 3 de febrero de 2003.
Disponible en:
<http://www.osarguatemala.org/userfiles/informe%20de%20embarazos%20en%20niñas%20y%20adolescentes.pdf>.

17. Observatorio en salud reproductiva (OSAR). (2012) Informe Final de atención hospitalaria del parto en adolescentes menores de 14 años. (en línea) Guatemala. Consultada 1 de enero de 2012.
Disponible en:
<http://osarguatemala.org/sites/all/docs%20investigaciones/informe%20final%20de%20investigación.pdf>.

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015) Aborto en adolescentes. (en línea)Guatemala. Consultada el 19 de abril de 2015.

Disponible en:
<http://www.abortolatinoamérica.com/educación-sexual-y-reproductiva/embarazo-adolescente/>.

19. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015)ONU dice que embarazo en adolescentes es una lastra para el desarrollo de América Latina.(en línea)Colombia. Consultada 28 de mayo de 2015.

Disponible en: <http://www.Abc.com.py/internacionales/onu-dice-que-embarazo-en-adolescentes-es-una-lastra-para-el-desarrollo-de-américa-latina-302548html>

20. Organización de Naciones Unidas (ONU). (2013) Menores de 15 años son las más vulnerables a los embarazos. (en línea) Venezuela. Consultada el 30 de octubre de 2013.

Disponible en: <http://www.caracol.com.co> > actualidad > nota

21. Palmeri Santisteban, Mireya. (2013). Perfil epidemiológico de la Juventud en Guatemala. (en línea) Guatemala. Consultada octubre 2013.
<http://ueprogramajuventud.org.gt>>ftp
22. Periódico La Nación. (2014). 2014 se cierra con cifras alarmantes de embarazos en adolescentes. (en línea) Guatemala. Consultada 8 enero de 2015.
Disponible en: <http://www.lanación.com.gt/2014-cierra-con-cifras-alarmantes-de-embarazos-en-adolescentes/>
23. Procuraduría de los Derechos Humanos (2013). Análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011-2013. (en línea) Guatemala. Consultada: octubre de 2013.
Disponible en: <http://www.pdh.org.gt>>Biblioteca>informe_t
24. Sánchez Trejo, Ángela. (2005) Embarazo en adolescentes caso Hospital Obstétrico Pachuca. (en línea) México. Consultada noviembre 2005.
Disponible en:
<http://www.dgsa.vach.edu.mx>>bistream>embarazo_en_adolescentes_caso_del_hospital_obstetrico_pachuca

25. Serrano González, Carolina Serrano. (2008) Embarazo en adolescentes Hospital Dr. Raúl León Otero (en línea) Bolivia. Consultada en octubre de 2008.
Disponible en: <http://www.ri.bib.edu.ve>>bitstream

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

"COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO EN PACIENTES ADOLESCENTES"

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Datos generales:

Nombre:

Edad:

procedencia:

Estado civil:

Escolaridad:

Datos obstétricos

No. Gestas:

No. de parejas sexuales:

Menarquía:

Cohabitarquía:

Control prenatal:

No. de parejas sexuales:

Abortos:

Vía de resolución del embarazo:

Parto eutócico

Parto distócico

Indicación de cesárea:

Complicaciones durante el parto:

Complicaciones durante el puerperio:

Datos del recién nacido

Rn vivo

Rn muerto

Peso del recién nacido

Complicaciones presentadas por el Rn

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Complicaciones durante el parto y puerperio en adolescentes" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.