

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



**EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
PERINATALES**

NILDA CARLOTA OSORIO SANCE

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 Médicas con especialidad en
Ginecología y Obstetricia

Mayo 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:

El(la) Doctor(a): Nilda Carlota Osorio Sancé

Carné Universitario No.: 100019871

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PERINATALES**

Que fue asesorado: Dr. Carlos Francisco Castro Bámaca

Y revisado por: Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaletti MSc.

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

Guatemala, 25 de abril 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

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Cuilapa, 25 de Septiembre 2,013

Doctor:
Miguel Eduardo García
Coordinador Específico de la Escuela de Post-Grado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital de Cuilapa
Presente

Estimado Dr. García:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final De Tesis con el Título "Embarazo en Adolescentes y sus Complicaciones Obstétricas Perinatales" de la Dra. Nilda Carlota Osorio Sancé el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post- Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente.



Dr. Carlos Francisco Castro Bámaca
Asesor de Tesis
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Cuilapa

Carlos Francisco Castro Bámaca
Medico y Cirujano,
501 10613

Cuilapa, 25 de Septiembre 2,013

Doctor:
Miguel Eduardo García
Coordinador Específico de la Escuela de Post-Grado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital de Cuilapa
Presente

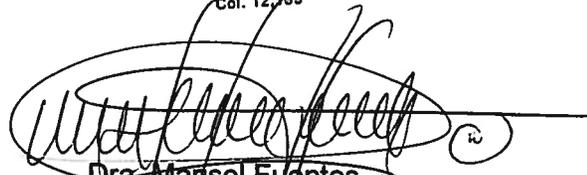
Estimado Dr. García:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final De Tesis con el Título "Embarazo en Adolescentes y sus Complicaciones Obstétricas Perinatales" de la Dra. Nilda Carlota Osorio Sancé el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post- Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente.

Dra. A. Marisol Fuentes G
Ginecóloga y Obstetra
Col. 12,185



Dra. Marisol Fuentes
Revisor de Tesis

Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Cuilapa

INDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULOS	Página
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	17
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	18
V. RESULTADOS	21
VI. DISCUSION Y ANALISIS	24
6.1 CONCLUSIONES	26
6.2 RECOMENDACIONES	27
VII. REFERENCIAS	28
VIII. ANEXOS	31

RESUMEN

Estudio descriptivo prospectivo, el cual fue realizado en el servicio de Labor y Partos del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante los meses de enero a diciembre del año 2011. Su objetivo principal fue determinar las complicaciones más frecuentes; obstétricas, perinatales en adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 17 años, que se encontraban ingresadas en dicho servicio, siendo un total de 171 pacientes que ingresaron durante el período de estudio. Se utilizó una boleta de recolección de datos, con la finalidad de obtener información específica de las pacientes, así mismo se tomó en cuenta la evaluación ginecológica de la paciente para diagnosticar la existencia de una complicación obstétrica perinatal y datos obtenidos de la revisión de registros clínicos de las pacientes. La desproporción cefalopélvica (35%) y preeclampsia (23%) son las dos complicaciones más frecuentes, así mismo la media de edad en embarazo en adolescentes fue de 17 años, (36%); lo que coincide con lo reportado en un estudio realizado en Argentina en el 2007 (31), otras complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes, son la desproporción cefalopélvica y el parto prematuro. Estas son frecuentes en madres adolescentes a consecuencia de la inmadurez física y falta de desarrollo óseo, es decir, que las adolescentes inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez apta para un parto (6,25); lo cual se confirma en este estudio.

I. INTRODUCCION

La adolescencia, es un período de transición entre la niñez y la adultez; es una etapa crucial dentro del proceso de desarrollo del ser humano. Su definición no es fácil, puesto que su caracterización depende de una serie de variables, que cambian en cada población y hacen que los adolescentes adopten comportamientos arriesgados que los exponen a situaciones a las que no se encuentran preparados para afrontar, como es el embarazo (1,2). En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y para el 2000 llegó a 1,1 millones, de los cuales Guatemala poseía 2,752,924 esto era el 25% de la población total. Para el 2005 el porcentaje de población adolescente continuaba en el mismo rango, es decir 24% que para este momento representó 3,048,147(3,4).

El embarazo en la adolescencia, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia (3).

El embarazo en las adolescentes es un evento que se incrementa tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo como Guatemala, teniendo como consecuencia diversas situaciones que afectan a la madre, al hijo, la familia, sociedad (1,3).

El impacto psicosocial del embarazo en la adolescencia se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de la pareja e ingresos económicos bajos. El embarazo en la etapa adolescente repercute seriamente en el estilo de vida de la familia, interfiriendo en el desarrollo humano, ya que condiciona a las jóvenes a dedicarse a actividades a las cuales no están preparados física ni emocionalmente y aunque el embarazo adolescente es considerado como parte de las prioridades de salud, no se invierten los recursos necesarios para prevenirlo y lograr así una disminución en la incidencia del mismo (1,4). También se observa una relación directa entre el aumento de embarazos en la población adolescente con la presencia de complicaciones tanto prenatales como perinatales. Un estudio realizado en La Habana, Cuba en el 2002 reveló que de 132 adolescentes embarazadas 78% presentó alguna complicación prenatal. En el mismo estudio, 42% de los pacientes presentó complicaciones maternas periparto (5). Estudio

similar realizado en Brasil, en el 2003 con una población mayor de adolescentes, reveló la misma tendencia de complicaciones obstétricas (3).

El embarazo en la adolescencia en países en vías de desarrollo como Guatemala, es considerado como un problema social, que repercute seriamente en el desarrollo de las adolescentes. El fenómeno se vincula, directamente, con los factores económicos y sobre todo, con el acceso a la educación y la información, aspectos que de ser accesibles ayudarían a promover un cambio favorable entre las personas con menos recursos (4).

La Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002 (ENSMI), encontró que del total de nacidos vivos registrados en Guatemala, 362,372 (17%) correspondieron a partos de mujeres adolescentes para el año 2,002. (6,7). Para el 2006, Guatemala tenía la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centroamérica, 114 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año. Esto es evidente ya que solamente en 3 hospitales del país durante 5 años se reportaron 14,080 casos de embarazos adolescentes (4). En el presente estudio se determinaron las complicaciones perinatales más frecuentes en las pacientes embarazadas comprendidas entre las edades de 12 a 17 años de edad así como algunas características demográficas como la edad, el estado civil, la escolaridad y la ocupación de dichas pacientes los cuales son factores condicionantes en algunas de las patologías que pueden presentar este grupo etario.

II. ANTECEDENTES

Guatemala es un país cuyos habitantes se caracterizan por su juventud: el último censo de población evidenció que cuatro de cada diez personas son menores de 15 años y seis no tienen aún los 20 años (1,2). Las adolescentes suelen tener embarazos precoces en Guatemala. De acuerdo a lo reportado por el jefe del área de Salud Reproductiva del Hospital Nacional Roosevelt, ello contribuye a que esta nación se ubique entre los países de América Latina con una de las tasas más altas de fecundidad (3).

Los hospitales nacionales reportaron que, en el año 2006, nacieron cinco bebés de madres de 10 años de edad, 10 mil de niñas de 17 años y 14 mil 732 de mujeres de 19 años. El creciente número de embarazos en las adolescentes conlleva a largo plazo, una reducción en la autonomía social y económica de las mujeres, porque se desvían de sus perspectivas educativas y ponen en riesgo su salud y la del recién nacido (3).

Expertos en salud reproductiva coinciden en señalar que la alta fecundidad en Guatemala es una combinación de patrones culturales tradicionales y limitaciones de acceso a la información y a medios adecuados que promuevan un manejo responsable de la sexualidad y la reproducción. El matrimonio y la procreación a menudo se consideran como los acontecimientos capitales en la vida de una mujer joven. Pero las repercusiones médicas, económicas y psicológicas de la procreación prematura pueden ser considerables, especialmente para las mujeres que no están casadas (4).

Las metas fijadas en los Objetivos del Milenio en Guatemala, en el rubro de salud materno infantil, está el reducir los 153 fallecimientos a 55 por cada 100 mil nacidos vivos, por lo que se hace énfasis en los embarazos de adolescentes por los riesgos de complicaciones dentro de este grupo (3).

Existen estudios en cuanto a esta problemática, sin embargo, como se mencionó anteriormente, el número de gestantes adolescentes incrementa cada año, por lo que es necesario conocer las características que la población presenta actualmente y que la llevan a este aumento continuo, además de las complicaciones que este grupo presenta y enfocarse en la prevención de las mismas para así transpolar la información del presente estudio y contribuir a disminuir el elevado número de muertes maternas en Guatemala (4).

Embarazo en Adolescentes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años (2).

Se considera que de los 10 a los 13 años biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales y personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. Durante los 14 a 16 años es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus familiares cercanos (1). Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo y por lo tanto es la edad promedio a la que se presenta el primer embarazo (1,18). Entre los 17 y 19 años casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (1). Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (1).

La población adolescente se encuentra rodeada de múltiples factores de riesgo, crecen en una cultura donde los compañeros, el Internet, la televisión, el cine y la música, transmiten mensajes a favor de las relaciones sexuales como consecuencia de ello, el inicio

de la actividad sexual a edad más temprana, en búsqueda posiblemente de respuestas a interrogantes sobre las relaciones sexuales, o a vivir experiencias que escuchan o ven en los medios de comunicación; el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de tener embarazos, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas tanto para la madre como para el producto (10,11).

La magnitud de esta problemática es evidente ya que según la OMS cada minuto en el mundo 300 mujeres conciben sin haberlo deseado o planeado y 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente y una fallece a consecuencia de complicaciones en el embarazo. Se estima que cada año en el mundo, alrededor de 585,000 mujeres, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo y la mayoría son adolescentes. En los países en vías de desarrollo mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y 27 en los desarrollados, cifras que pueden ser hasta cuatro veces mayores en las adolescentes (12).

El embarazo en adolescentes repercute en los servicios, la madre, la familia y la sociedad. Para los servicios, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil. Para los servicios de salud, ha originado más demandas en los mismos, lo que conlleva a una posible atención deficiente por falta de recursos y sobrepoblación en los servicios de salud materno-infantil (13).

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la problemática del embarazo adolescente como prioridad debido a falta de información epidemiológica y la poca efectividad de las medidas de atención, consecuentemente a ello en Guatemala se considera una línea de investigación importante que forma parte de las "Prioridades comunes de investigación en salud", presentadas por la Comisión interinstitucional de acciones conjuntas del sector salud. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años (14,16).

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile y del 25% en el caso de Centroamérica (9,17).

Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, abortos ilegales, muertes maternas y aun suicidio (1,14).

Población Adolescente en Guatemala:

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2,002, 23.8% representaba la población en edad fértil. De las adolescentes entre 15 y 19 años 40.4% se encontraba casada, 31.6% soltera y 20% unida. Con respecto a la escolaridad 25.5% no había cursado ningún grado, 44.4% cursó algún grado primaria, 25.9% secundaria y tan solo 4.2% tenía estudios superiores, por lo que 4% eran trabajadoras formales, 21% trabajadoras informales, 14.8% aún estudiaban y el resto amas de casa. De las adolescentes de 15 a 19 años incluidas en la encuesta nacional 30.7% eran indígenas y 69.3% no indígenas. En cuanto a procedencia 57.5% eran del área rural y 42.5% del área urbana. Se reportó que la edad promedio a la que se presenta el primer embarazo en las adolescentes es de 15 años (18).

Definición de Embarazo Adolescente:

Se le define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (3,4).

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo, se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (1).

Causas:

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la pseudo valoración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. El ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño

no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado (18).

La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período de fuerte atracción física y emocional y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio familiares de origen y entorno inmediato (7,18).

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)". Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquía, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas (18,19).

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una pseudo valoración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo (9,18,20).

El 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años de Bahía, Brasil, declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales, cifra que alcanza a un 13% en la ciudad de México y a un 22.2% en Guatemala (1,19).

La observación clínica indica que la relación sexual precoz se extiende a las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas y altas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de anticoncepción adecuada. Entre los motivos mencionados por los adolescentes figura: la convicción de que "Eso a mí no me va a pasar " lo inesperado del momento del coito, la ignorancia de los métodos anticonceptivos, temor a ser criticados si usan un método anticonceptivo, o que los padres se enteren de su intento. La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la primera relación sexual (20,21).

Complicaciones Obstétricas:

La madre adolescente enfrenta mayores riesgos de salud que una madre adulta, los cuales están estrechamente vinculados a la falta de atención médica adecuada y educación. El inicio de la actividad sexual coital y el embarazo no deseado a edades tempranas, pueden tener consecuencias negativas en el campo de la salud física y mental, tales como el riesgo de enfermedades sexualmente transmisibles, el aborto, la salud materno-infantil, el desajuste en la integración psicosocial y otras (15,23). Desde el punto de vista clínico los problemas que afectan a la madre con mayor frecuencia son: Aborto espontáneo, preeclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias y muerte por complicación del embarazo y aborto legal inducido. La persistencia del stress durante el embarazo podría desencadenar también el trabajo de parto prematuro o interferir con el crecimiento fetal. La incidencia de abortos espontáneos estaría relacionada con el perfil hormonal del adolescente ya que se observó que la baja estimulación del folículo por la hormona folículo estimulante durante la fase folicular del ciclo menstrual retarda la meiosis y aumenta el riesgo de anomalías en el huevo (3,17,24).

Por otra parte durante la fase luteinizante del embarazo disminuye la progesterona. Es así como la conjunción de estos dos factores que se da en la mujer joven en sus primeros ciclos menstruales aumenta la proporción de abortos y partos prematuros a esta edad. La estimación de abortos espontáneos en las primeras semanas de gestación es de aproximadamente 10% del total de los embarazos. Mucho se ha discutido si se debe considerar a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal y cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son, asimismo si existen factores predictores y si estos son biológicos o psicosociales, ya que al conocerlos sabremos si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas (3,17,24).

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable. Muchos estudios reportan que las condiciones sociales y ambientales que rodean al adolescente influyen en su comportamiento sexual, de ahí que se consideren como factores de riesgo; en Argentina y Chile se ha clasificado a la adolescente embarazada en tres grupos, todo con la finalidad de aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, este

programa ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile) (2).

Complicaciones Prenatales:

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres (6).

Complicaciones del Primer Trimestre:

Emésis e Hiperemésis:

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas(6).

Metrorragias:

El término metrorragia designa cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo. Ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas (6).

Abortos Espontáneos:

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo. Un aborto espontáneo también se denomina "aborto natural" y se refiere a los eventos que ocurren naturalmente y no a procedimientos electivos o aborto terapéutico, a los cuales una mujer se puede someter por decisión propia. En África, en 1997, 2/3 de los egresos hospitalarios por abortos correspondieron a adolescentes. En Venezuela, en el mismo año, el 12% de las

muerdes maternas fueron por abortos en adolescentes. En Cuba, donde el aborto está despenalizado, en 1996-97 el 25% de los abortos fueron practicados en adolescentes y entre los factores riesgo, el primero fue ser estudiante y el segundo fue tener menos de 18 años (25).

En EE.UU. en 1994-95, el 14.5% de los abortos despenalizados fueron practicados en menores de 19 años, lo que marca la diferencia entre países. En Chile, los egresos hospitalarios por abortos complicados, fueron: 1960: 10.6%; 1981: 10.9%; 1988: 9.3%; 1991: 10%. Son cifras altas si se las expresa en relación a nacidos vivos (25).

Los países sin aborto legal carecen de estadísticas fidedignas del aborto voluntario o inducido. Las estadísticas se basan en los egresos hospitalarios de los casos complicados y en encuestas poblacionales. La información de la primera fuente se ve sesgada por razones legales, aumentando la tasa de abortos espontáneos y la tasa de complicaciones dependerá de los ejecutores clandestinos (su entrenamiento, sus recursos, los costos). Se ha detectado un 28% de abortos espontáneos en las adolescentes (6,26).

Embarazos Extrauterinos:

El embarazo extrauterino o fuera del útero (ectópico), es aquel en el que el óvulo fecundado se implanta en una zona diferente a la cavidad uterina y ocurre con mayor frecuencia entre los 20 y 29 años de edad de la mujer. Ocurren en el 3,5% de las gestantes adolescentes y en el 1,5% de las adultas (6).

Complicaciones del Segundo y Tercer Trimestre:

Anemia:

El déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. Las embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables a presentar anemia por los altos requerimientos de hierro durante la gestación, que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales maternos (24,27). Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en

adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico (24).

Infecciones Urinarias:

La Infección Urinaria (ITU) se define como la invasión, multiplicación y colonización del tracto urinario por gérmenes que habitualmente provienen de la región perineal. Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23.1% (17).

Amenaza de Parto Pretérmino:

Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 28 y 37 semanas de embarazo con pocas modificaciones del cuello uterino. Afecta aproximadamente al 11.42% de las gestantes embarazadas y para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación (6).

Hipertensión Arterial Gravídica:

Se define a la hipertensión del embarazo como el trastorno que se presenta durante la gestación, parto o puerperio que se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales a valores iguales o mayores de 140/90 mm/Hg acompañada por signos y síntomas. Es una patología exclusiva del embarazo en los seres humanos que se presenta a partir de la semana 20 de gestación y se acompaña de proteinuria y edema, así como de otros signos y síntomas que permiten subdividirla (25,28).

Parto Prematuro:

El parto prematuro o pretérmino es aquel que se produce entre las 28 y 36 semanas de edad gestacional, considerando como límites normales de duración del embarazo entre

37 y 41 semanas. Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%. A la prematuridad contribuyen una serie de condicionantes presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones. Muchos autores encuentran la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino como una de las problemáticas del embarazo a edades tempranas, algunos incluso como la complicación más frecuente en este grupo de edad (25,29).

Desprendimiento Placentario:

Separación de la placenta antes que se produzca el nacimiento del feto. Mortalidad debida a este problema es alrededor del 25%. La incidencia aumenta cuando el embarazo se produce en los extremos de la vida. Además la raza y etnia parecen ser importantes y está asociado algún tipo de hipertensión que simultáneamente también es más común en las edades extremas de la vida (25).

Placenta Previa:

Es causa de hemorragia obstétrica antes del parto. Se le llama de esta manera a la placenta localizada encima o muy cerca del orificio cervical interno. Se encuentra en 1 en 1,500 en las mujeres de 19 años o menos (25).

Complicaciones Perinatales:

En lo que respecta a las patologías del parto, diversos estudios señalan que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica (DCP), por lo tanto más trabajos de parto prolongados y mayor uso de fórceps y cesáreas. Además de la DCP se reporta mayor presentación podálica y preeclampsia, igualmente tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné (30).

Una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente (30).

Complicaciones del Primer Período del Trabajo de Parto:

Este primer periodo inicia cuando se alcanzan contracciones del útero de frecuencia, intensidad y duración suficientes para inducir la dilatación y borramiento cervical progresiva y termina cuando la dilatación es completa. Las complicaciones que se presentan tienen relación con disfunciones uterinas, que puede ser hipotónica, hipertónica o no coordinada. Dentro de esta categoría se incluyen: La fase latente prolongada, fase de desaceleración prolongada y trabajo de parto precipitado. Es decir pueden ser por prolongación o detención. Se ha encontrado que estas anomalías son más frecuentes en nulíparas (25,31).

Complicaciones del Segundo Período del Trabajo de Parto:

Comienza con la dilatación completa y finaliza con la expulsión del feto (6).

Presentaciones Fetales Distólicas:

La presentación de nalgas afecta del 1.9% al 10% de las adolescentes, pero para algunos autores, al 3% (6).

Desproporción Cefalopélvica (DCP):

Incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis materna, por una relación desproporcionada entre la cabeza fetal, ya sea por tamaño o posición y el espacio pélvico. Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez (6).

Tipo de Parto:

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18.9% (6).

Complicaciones del Tercer Período del Trabajo de Parto:

Comienza luego de la expulsión del feto y finaliza con la separación y expulsión placentaria. Generalmente se deben a excesivo sangrado desde el sitio de implantación placentaria, de traumatismo en el tracto genital y estructuras adyacentes o de ambos (25).

Alumbramiento:

Período del parto que ocupa la salida de los llamados anexos ovulares, es decir, la placenta y la bolsa amniótica. Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente (6).

Traumatismos del Tracto Genital:

Tanto las presentaciones fetales distócicas, como la DCP, que son frecuentes en madres adolescentes por inmadurez física y falta de desarrollo óseo pueden ocasionar laceraciones del periné vagina o cérvix cualquiera de estos problemas y el consecuente sangrado y posterior desequilibrio hemodinámico pueden incluso llevar a la madre a la muerte (6,25).

Hemorragia Desde el Sitio de Implantación Placentaria:

Puede deberse a tejido placentario retenido o atonía uterina, esta última es común en mujeres que presentaron un trabajo de parto muy rápido o prolongado, en varios estudios se ha encontrado que estos procesos son frecuentes en menores de 16 años (6).

Mortalidad Materna en Adolescentes:

En todo el mundo el embarazo es una de las principales causas de defunción de las jóvenes entre 15-19 años. Los principales factores son complicaciones del parto y del aborto realizado en malas condiciones. Por razones tanto fisiológicas como sociales en ese grupo de edades las mujeres tienen probabilidades de perder la vida en el parto dos veces superior a las de las mujeres mayores de 20 años, las adolescentes menores de 15 años tienen probabilidad de morir cinco veces superior a las de las mujeres mayores de 20 años (6,31,32).

De la cantidad de abortos en malas condiciones realizados cada año estimados en 20,000,000 causan 78,000 defunciones correspondientes a jóvenes de 15-19 años de edad. La muerte puede ocurrir en cualquier momento del periodo prenatal, natal o postnatal debido a las complicaciones que cada uno conlleva, siendo inversamente proporcional la relación entre defunciones y edad materna (31,32). La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes (4,6).

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades (34,35). El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud (31). La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad (17,31,32). En países en desarrollo como Guatemala el riesgo de muerte puede ser desde un 80% más alto hasta cinco veces mayor, las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte entre mujeres de 15 a 49 años. Por cada mujer que muere por estas causas, de 20 a 30 mujeres más desarrollan a corto y largo plazo otras enfermedades o incapacidad

relacionadas. La mortalidad materna es tres veces más alta entre mujeres indígenas (211 muertes maternas por 100 mil niños nacidos vivos), que entre mujeres ladinas (70 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos). La mayoría de las muertes maternas ocurre el mismo día del parto (52% del total de muertes maternas), o en la primera semana del parto (22%), las principales causas son hemorragias (53%), infecciones (14%), hipertensión inducida por el embarazo (12%) y el aborto (10%). En Guatemala la razón de la mortalidad materna es de 153 muertes de mujeres por causa relacionada con el embarazo y el parto de cada 100 mil niños y niñas (35,36).

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Identificar las complicaciones más frecuentes; obstétricas perinatales en adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 17 años, ingresadas al servicio de Labor y Partos del Hospital de Cuilapa, Santa Rosa.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- 3.2.1 Caracterizar las pacientes adolescentes con complicaciones más frecuentes; obstétricas perinatales comprendidas entre las edades de 12 a 17 años, ingresadas al servicio de Labor y Partos del Hospital de Cuilapa, Santa Rosa.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de investigación:

- Descriptivo prospectivo.

4.2 Área de estudio:

- El estudio se realizó en el servicio de Labor y Partos del Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, durante el período de enero a diciembre del año 2011.

4.3 Población:

- Se utilizaron los expedientes clínicos de las pacientes ingresadas al servicio de Labor y Partos, comprendidas entre los 12 y 17 años de edad, con complicaciones obstétricas, perinatales.

4.4 Unidad de análisis:

- Para el análisis de la información se procedió a ordenar los datos obtenidos, tomando en cuenta que para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y por medio de estos se expresaron los datos como proporciones de la totalidad de las pacientes en estudio.
- Las variables cuantitativas se trabajaron en datos agrupados y se analizaron por medio de medidas de tendencia central, promedios y frecuencias.

4.5 Criterios de inclusión:

- Toda paciente que fue ingresada al servicio de labor y partos comprendida entre los 12 y 17 años de edad que presentaron complicaciones obstétricas perinatales.

4.6 Criterios de exclusión:

- Pacientes que ingresaron al servicio de Labor y Partos comprendidas entre los 12 y 17 años de edad que no presentaron complicaciones obstétricas, perinatales.

- Pacientes comprendidas entre los 12 y 17 años de edad, que no ingresaron al servicio de Labor y Partos.
- Pacientes que ingresaron al servicio de Labor y Partos que no se encontraban comprendidas entre las edades de 12 y 17 años.

4.7 Procedimiento para la recolección de información:

- Evaluación ginecológica de la paciente para diagnosticar la existencia de una complicación obstétrica, perinatal.
- Revisión de registros clínicos de las pacientes.

4.8 Instrumento para la recolección de información: (Anexo 1)

- Se utilizó una hoja de registro para documentar mensualmente cada vez que se ingresó una paciente al servicio de Labor y Partos y que presentó complicaciones obstétricas, perinatales.
- Instrumento: Boleta de recolección de datos.
- Tipo de Datos a Recolectar:
 - a) Datos Generales: Edad, lugar de procedencia, número de registro médico.
 - b) Datos Referentes al embarazo: Presencia de complicaciones, tipo de complicación.

4.9 VARIABLES ESTUDIADAS:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
1.Complicación perinatal	Todo tipo de problema que se presente durante el periodo de parto o las primeras 24 horas posterior al mismo que afecte a la madre.	Reportado según el registro clínico, en relación al parto y durante el mismo.	<ul style="list-style-type: none"> •Distocias de presentación •Desproporción cefalopélvica •Trabajo de parto prematuro •Trabajo de parto prolongado •Retención placentaria •Preeclampsia •Eclampsia •Sangrado del sitio de implantación placentaria • Muerte . 	Cualitativa	Indicador: Diagnóstico establecido y/o confirmado
2.Razón de mortalidad materna	Número de defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos en un lugar y periodo de tiempo determinado.	(Número de adolescentes embarazadas que fallecieron en el año 2011 / número de nacidos vivos de adolescentes ocurridos en el mismo periodo de tiempo) X 100,000	En porcentaje (%)	Cuantitativa	Fórmula: $\frac{\text{Defunciones}}{100000} \times \text{Nacidos vivos}$

V. RESULTADOS

CUADRO 1

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA DE EDAD	PORCENTAJES
12 Años	0	00.00%
13 Años	0	00.00%
14 Años	23	13.45%
15 Años	47	27.49%
16 Años	38	22.22%
17 Años	63	36.84%
TOTAL	171	100%

CUADRO 2

DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Unida	92	53.80 %
Casada	26	15.20 %
Soltera	53	31.00 %
TOTALES	171	100 %

CUADRO 3

DISTRIBUCION SEGÚN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Educación Primaria Incompleta	110	64.33 %
Analfabeta	61	35.67 %
TOTALES	171	100 %

CUADRO 4

DISTRIBUCION SEGÚN OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de Casa	129	75.44 %
Estudiante de Primaria	42	24.56 %
TOTALES	171	100.0%

CUADRO 5

DISTRIBUCION SEGÚN COMPLICACION PERINATAL

COMPLICACION PERINATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desproporción Cefalopélvica	61	35.67%
Preeclampsia	41	23.98 %
Sufrimiento Fetal Agudo	38	22.22 %
Trabajo de Parto Pretérmino	31	18.13 %
TOTALES	171	100%

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa durante el período de enero de 2011 a diciembre de 2011, de la población atendida en el servicio de labor y partos, de complicaciones obstétricas, perinatales, el 36% de la población total tenía edades comprendidas entre los 12 y 17 años de edad. La edad con mayor frecuencia de embarazo fue a los 17 años (36%) y la edad menos frecuente fue a los 14 años con un 13 % de la población total, (cuadro 1).

Se determinó que la edad media en la que ocurre el embarazo en adolescentes es a los 15 años (cuadro 1), similar a lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) para el 2002 (31). Esto puede deberse a que en esta edad hay mayor acercamiento con el sexo opuesto y hay predisposición al surgimiento de curiosidades en cuanto a la sexualidad, asumiendo así conductas inapropiadas y generadoras de riesgo (9, 11,18,31).

La mayoría de las adolescentes eran unidas o solteras, representando 53% y 31% respectivamente, (cuadro 2) lo que concuerda con el porcentaje de solteras y unidas según la ENSMI 2002 y el estudio realizado por Sandoval J. y colaboradores en Argentina en 2002. Por razones de edad, las adolescentes eran mayoritariamente unidas, asociado también al hecho de que por la edad corta, en algunos casos, el padre biológico no se responsabiliza de la madre y el hijo, y éstas generalmente se quedan solas.

Con respecto a la escolaridad, 64% de las adolescentes embarazadas cursó algún grado de primaria, 35 % era analfabetas, (cuadro 3), lo cual varía poco con los datos presentados por la ENSMI 2002, en donde la mayor parte de la población adolescente femenina cursó algún grado primaria (44%), pero un 26% no contaba con ninguna clase de estudios (9,11,31).

Según lo descrito por la ENSMI 2002, las causas de que la mayoría de mujeres adolescentes solamente contaran con estudios primarios o secundarios era debido a que habían abandonado los estudios por escasos recursos económicos, por malas calificaciones, por embarazo y por haberse casado (18,20,23).El hecho de que la mayor parte de las adolescentes embarazadas incluidas en el presente estudio solamente cursaron algún grado de primaria, podría ser resultado de muchas situaciones, entre ellas; la cultura hereditaria de desinterés por proporcionar educación a la mujer priorizando en muchas ocasiones al sexo

masculino, esto crea una brecha amplia entre la educación y el desarrollo social, que afecta negativamente al sexo femenino (1,4,18,).

Las adolescentes embarazadas se dedicaban a ser amas de casa (75%), estudiantes de primaria (24%), (cuadro 4). Comparando con datos presentados por la ENSMI 2002 los porcentajes son mayores en el presente estudio, sin embargo las ocupaciones más frecuentes siguen siendo las mismas (18).

La ocupación está condicionada por la escolaridad, es decir que el bajo nivel educativo conlleva a que las adolescentes se dediquen al cuidado del hogar y si trabajan, los empleos serán de tipo informal que no requieran estudios superiores como son los oficios domésticos. Por lo tanto si no cuentan con estudios suficientes no obtienen ingresos económicos suficientes para mantener el hogar y si asociado, no cuentan con el apoyo de una pareja o padres, llevaría a la creación de un círculo de pobreza hereditario, donde los hijos tampoco tendrán acceso a la educación (18,23,31).

En el presente estudio, se tomó como complicación obstétrica, perinatal principal la que comprometía el estado de bienestar de la paciente adolescente embarazada y/o el producto, se encontró que la complicación más frecuente fue la desproporción cefalopélvica con un 35% de la población estudiada, seguido de preeclámpsica con un 23 % (cuadro 5), lo que coincide con lo reportado en un estudio realizado en Argentina en el 2007 (31), sobre las complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes, donde se cita la desproporción cefalopélvica y el parto prematuro, entre otros. Estas son frecuentes en madres adolescentes a consecuencia de la inmadurez física y falta de desarrollo óseo, inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez apta para un parto normal (6,25). Lo anterior lleva a la resolución del embarazo por cesárea, lo que conlleva una mayor tasa de ésta, lo que implica mayor riesgo para la adolescente ya que es sometida a un procedimiento quirúrgico que repercutirá en sus embarazos posteriores (6,31).

En cuanto a la razón de mortalidad materna adolescente en el HRC, esta fue 0 por 100,00 nacidos vivos, ya que de la población estudiada no se encontró ninguna muerte materna en el rango de edad según los criterios de inclusión (31).

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1 La incidencia de embarazos en adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 17 años fue de 171 casos durante los meses de enero a diciembre del año 2011.
- 6.1.2 La edad más frecuente de embarazo en adolescentes fue de 17 años, (36%).
- 6.1.3 El estado civil unido en las adolescentes embarazadas fue del 53% y 64% cursó únicamente algún grado de primaria incompleta, 75% se dedicaba a ser ama de casa.
- 6.1.4 Se encontró que 31% de las adolescentes presentaron complicaciones en este estudio. La desproporción cefalopélvica (35%) y preeclampsia (23%) son las dos complicaciones más frecuentes.
- 6.1.5 La razón materna adolescente encontrada fue de 0 por cada 100,000 nacidos vivos en el Hospital de Cuilapa, no se reportó ningún caso de muerte materna en adolescentes de 12 a 17 años de edad.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Establecer de forma legal la descentralización de las medidas destinadas a la promoción, planificación, coordinación, implementación, monitoreo y evaluación del desarrollo social, familiar y humano, que implica la cobertura en salud y educación a las adolescentes, como primer nivel de prevención.
- 6.2.2 Monitorizar y evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Salud Reproductiva con énfasis en poblaciones de adolescentes étnicas postergadas que viven en áreas rurales y sectores periféricos marginados del país.
- 6.2.3 Aumentar la prevención y atención de complicaciones debidas al embarazo, parto y post-parto a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial y facilitar el acceso a servicios a las adolescentes y que se brinde una atención humanizada y de calidad, especialmente, en el área rural.
- 6.2.4 Fortalecer el programa de atención del adolescente para incrementar la cobertura y mejorar la atención integral de esta población y lograr la reducción de las principales causas de embarazo en esta etapa de la vida.
- 6.2.5 Orientar y capacitar a padres de familia, a docentes y líderes que tienen contacto prolongado con aquellas adolescentes en situaciones de alto riesgo para que se preste asesoramiento sobre Salud Reproductiva como medio para evitar embarazos no deseados, evitando la reiteración de los embarazos con intervalo intergenésico corto y enfermedades de transmisión sexual.
- 6.2.6 Implementar en el Hospital de Cuilapa una Clínica en consulta externa que brinde un programa de educación sexual adecuado a la población.
- 6.2.7 Fortalecer en la consulta externa del Hospital de Cuilapa la clínica de control prenatal en pacientes adolescentes y clínica de alto riesgo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía Cruz L. Embarazo en la adolescente. 2 ed. Guatemala: Aprofam; 1999; 1-30.
2. Federación internacional de planificación de la familia/Región del hemisferiooccidental Adolescentpregnancy in LatinAmerica and theCaribbean. Nueva York 1,998.
3. Valdés D, Sigfrido E, Bardales M. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgoy complicaciones. Rev Cuba, 2010.
4. GuttmacherInstitute. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante.Guatemala 2006.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas: Guatemala.Oficina regional de la OMS. Washington, D.C.: OPS; 2,002. (Serie de informes; 2).
6. Alvarado F, Arévalo F, Barillas E. Problemática y opciones para la niñez y laadolescencia en el sector salud en Guatemala. Guatemala: Reddbarna; 1,996.
7. Centro Internacional de Investigaciones de Derechos Humanos. Salud y proteccióna la maternidad: situación de los derechos económicos sociales y culturales enGuatemala. 2,006 Suiza; Guatemala DESCGUA; 2006. (A los diez años de la firmade los acuerdos de paz).
8. Meléndez D. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes enCosta Rica. San José [Costa Rica]: OPS/OMS; 1996.
9. Organización Panamericana de la Salud. El Embarazo en Adolescentes en EstadosUnidos de América. Salud materno infantil y atención primaria en las Américas:hechos y tendencias. Informe de un grupo científico de la OMS. Washington, D.C.:OMS; 2,003.
10. Maddalen M, Suárez O. Situación social de los adolescentes y jóvenes en AméricaLatina. Washington, D.C: OPS; 2,004.
11. Pérez W. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia: RevPed (Cuba)2,002; (74).
12. Organización Mundial de la Salud. Young people's health: a challenge to society.Informe científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1,986. (731).
13. Ismeri Seixas C. Aceptación y Acceso a los servicios para adolescentes. Brasil:Programa de asistencia médica y psicosocial para la adolescencia; 2,004.
14. Organización Mundial de la Salud. Comisión internacional de acciones conjuntas delsector académico y del sector salud. Subcomisión de investigación prioridadescomunes de investigación en salud. OPS: Guatemala; 2,006.

15. Contreras J, Guzmán J, Falconier M. La adolescencia y la salud reproductiva. En:Guzmán J, Hakkert R, Contreras J, Falconier M. Diagnóstico sobre salud sexual yreproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Fondo dePoblación de las Naciones Unidas; 2,000: (12-41).
16. Moya C. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América latina y el Caribe. Chile: OPS; 2,000.
17. Jiménez Ma., Vargas A, Miranda M, Lizano M, Morales A, Morena F. Manual para laatención integral de la adolescente embarazada. Centro de desarrollo estratégico einformación en salud y seguridad social (CENOEISS). San José, [Costa Rica]:Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 1,999.
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional deSalud Materno Infantil: embarazo precoz. Guatemala: INE; Octubre 2003.
19. Department of Health and Human Services. Preventing teenage pregnancy. Georgia, United States; Disponible en <http://mchb.hrsa.gov/programs/adolescents/abstinence.htm>.
20. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Lima, Perú: 2002;(17)
21. Maddaleno M, La Salud del adolescente y del joven. Washington, D.C.: OPS; 2,004.
22. Universidad Autónoma de México. Adolescentes embarazadas. Toluca, México:UNAM; 2,007 (Publicación científica;12).
23. Programa Nacional de Unidad y Desarrollo. Diversidad étnico-cultural: la ciudadaníaen un estado plural. Informe nacional de desarrollo humano. Guatemala: EditorialSur; 2,005.
24. Issler R. Embarazo en la adolescencia. RevMedPostg. 2001 Ago 107(1): (11-23).
25. Mardones F, Ocqueteau M, Urrutias M, Javiet L, Villarroel L .Anemia en lasembarazadas. Puente Alto, 1,998.
26. Hath J, Wenstrom K. Trastornos hipertensivos del embarazo. En: Cunningham F,Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hath J, Wenstrom K. William Obstetrics. 21edEstados Unidos:McGraw-Hill;2001.
27. Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas. Guía paraabogar por la salud integral de los/las adolescentes: énfasis en salud sexual yreproductiva. OPS. Washington D.C: OPS; 1995. (3-8).
28. Rosso P, Mardones F. Nutrición en el embarazo. En: Obstetricia, Pérez Sánchez. 3ed. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 1999. (233-44).
29. Sosa Lacruz L, Santaella Ruiz V. Adolescentes embarazadas: fenómenohipertensivo en gestantes de alto riesgo obstétrico. Miranda, Venezuela2,007: v.12: (102-106).

30. Saenz V. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. Rev Cubana ObstetGinecol (Cuba) 2005 (31-87).
31. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Trabajo libre ganador del premio al mejor trabajo de investigación del XVI Congreso de Obstetricia y Ginecología: complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Rev Per GinecolObstet (Argentina) 2007; (128-134).
32. Thoraya Ahmed O. Valorizar a 1,000 Millones de Adolescentes. Satisfacción de las necesidades en materia de servicios de la salud Reproductiva. Fondo de la población mundial, inversión en su salud y sus derechos. Argentina: OPS; 1,992(Serie Paltex para gestiones de programas de Salud; 2011).
33. Cabezas Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescente. Corrientes[Argentina]: Comunicaciones Científicas y Tecnológicas; 2,004.
34. Romero M, Maddaleno M, Tomás J, Minist M, Suárez E. Manual de Medicina de la Adolescencia. Santiago [Chile]: OPS; 2,004. (Serie Paltex para ejecutores de programas de salud; 20).
35. Organización Mundial de la Salud. Adolescents sexual activity and childbearing in Latin America and the Caribbean: risks and consequences. Washington: PopulationreferenceBereu; 1,992.
36. Karen Cardona. Un 44 por ciento de mujeres quedan preñadas antes de 19 años. LaHora. Lunes 16 de abril de 2,008. Actualidad Nacional, (15).

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL DE CUILAPA, SANTA ROSA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUSCOMPLICACIONES OBSTETRICAS,
PERINATALES.

No. _____

Hospital: _____ No. Registro Clínico: _____

No. de Embarazo: _____

1. Edad: _____ años

2. Estado civil:

Soltera: Casada: Unida: Viuda: Divorciada:

3. Escolaridad:

Analfabeta: Primaria: Secundaria: Diversificado:

4. Ocupación:

Estudiante: Ama de casa: Trabajadora formal: Trabajadora Informal:

5. Complicaciones perinatales:

A) Distocias de Presentación:

B) Desproporción Céfalo pélvica:

C) Trabajo de Parto Prematuro:

D) Trabajo de Parto Prolongado:

E) Retención de placenta:

F) Preeclampsia:

G) Eclampsia:

H) Muerte:

I) Otros Cuál : _____

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “ **EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS COMPLICACIONES OBSTETRICAS, PERINATALES**” 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.

